

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

Lou Muniz Atem

**Cuidados e atenção à saúde mental no pré e pós-parto:
Representações de mães acerca da maternidade em UBS de São
Paulo**

São Paulo

2022

**Cuidados e atenção à saúde mental no pré e pós-parto:
Representações de mães acerca da maternidade em UBS de São
Paulo**

Lou Muniz Atem

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Fabiola Zioni

São Paulo

2022

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Atem, Lou

Cuidados e atenção à saúde mental no pré e pós-parto:
Representações de mães acerca da maternidade em UBS de São
Paulo / Lou Atem; orientadora Fabiola Zioni. -- São Paulo,
2022.

142 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo, 2022.

1. gestação. 2. puerpério. 3. atenção básica. 4. saúde
mental. I. Zioni, Fabiola, orient. II. Título.

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial desta Tese de Doutorado, por qualquer meio convencional ou eletrônico, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, e desde que citada a fonte.

Assinatura: 

Data: 28/03/222

E-mail: loumuniz@uol.com.br

ATEM, L. M. **Cuidados e atenção à saúde mental no pré e pós-parto**: Representações de mães acerca da maternidade em UBS de São Paulo. 2022. 142f. (Tese de Doutorado). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2022.

Aprovada em: ___/___/_____.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a

Instituição:

Julgamento:

Prof. Dr.

Instituição:

Julgamento:

Prof. Dr.

Instituição:

Julgamento:

AGRADECIMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior — Brasil (CAPES) — Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior — Brasil (CAPES) — Finance Code 001.

Ao meu filho, Ian, e a todas as mães e filhos que eu pude receber em atendimento ao longo da vida e que se deixaram ser cuidados, ensinando-me modos de acolhimento.

AGRADECIMENTOS

À minha queridíssima orientadora Fabiola Zioni, pela paciência, pelas reuniões do grupo de pesquisa nas quais nossas ricas conversas sempre me impulsionaram a prosseguir com a tese. E, é claro, pelos gostosos encontros em sua casa, com risadas e gostosuras que sempre trouxeram leveza à dureza acadêmica.

Aos professores da banca, Alberto Reis, Isabel Kahn e Patrícia Delfini pelas cuidadosas observações e pontuações.

À UBS Dr. José de Barros Magaldi, por oferecer apoio e por aceitar participar desta pesquisa.

Às mães que aceitaram realizar as entrevistas, expondo algumas de suas dificuldades vividas na gestação e no puerpério e permitindo assim, de certa forma, um modo de cuidar.

À todas as mães que tive o prazer de atender e trabalhar nos últimos 21 anos, especialmente entre 2000 e 2013, nas ONGs INFANS — Unidade de Atendimento ao Bebê, e ENTRE LAÇOS.

Aos queridos amigos do grupo de pesquisa: Renata, Fernanda, Natália, Aline, Fábio, Bruna, Francisca e Talita. Nossos encontros me mantiveram ligada à vida acadêmica, mesmo quando, nessa pandemia louca, estivemos conectados pelos quadradinhos das plataformas on-line.

Ao meu pai, Reinoldo, por me ensinar desde sempre a paixão pela leitura e escrita.

À minha mãe e meu padrasto, Suely e Jorge, por me apoiarem, inclusive nos aspectos tecnológicos, quando estes teimavam em falhar nas horas mais inoportunas.

Aos meus irmãos, Guilherme, Chico e Cissa, por todas as lembranças boas e tudo aquilo que nos conecta desde sempre.

Às minhas cunhadas queridas, Ju e Belle, por terem trazido à família os sobrinhos mais amados que eu jamais imaginaria ter!

Ao meu filho Ian, por ser esta pessoa que me anima e me acompanha em todas as horas da vida, sempre!

Enfim, por ter podido ser mãe e ter gestado e cuidado, mas também por ter sido cuidada. Por tudo isso pude falar sobre o cuidar e suas vicissitudes.

Estar sadio é a capacidade de, diante das adversidades da vida, produzir novas normatividades, novos modos de viver, utilizando-se da ideia de que a Vida é permanentemente (re)instauradora de normas.

(Georges Canguilhem, 1982)

ATEM, L. M. **Cuidados e atenção à saúde mental no pré e pós-parto:** Representações de mães acerca da maternidade em UBS de São Paulo. 2022. 142f. (Tese de Doutorado). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2022.

RESUMO

Introdução: Esta pesquisa investigou a saúde da mulher na gestação e no pós-parto, a qual se constitui como um tema de saúde pública, dado o impacto que possui tanto para a própria saúde da mulher quanto para o futuro desenvolvimento da criança. A gestação e o pós-parto são uma fase em que enormes modificações acontecem, desde mudanças fisiológicas e hormonais até intensas exigências emocionais não existentes antes desse período da vida. Os objetivos da pesquisa foram delimitados a partir das seguintes indagações iniciais: De que forma tais exigências modificam a vida da mulher e da família? Como os profissionais de saúde percebem essas mudanças e de que forma isso impacta o seu trabalho? Como a saúde no Brasil cuida e trata a mulher na gestação e no puerpério? **Objetivo:** Identificar as representações das mulheres acerca da maternidade assim como as representações dos profissionais de saúde sobre a saúde mental na gestação e no pós-parto, e sobre seu próprio trabalho com essa população. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa que usa o método da entrevista. Foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas junto a oito puérperas voluntárias de uma unidade de saúde da Zona Oeste de São Paulo. Também foi realizada uma entrevista em grupo com profissionais da Unidade de Atenção Básica de Saúde Prof. Dr. José de Barros Magaldi. Para a análise, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo. **Discussão e resultados:** Realizou-se a análise das entrevistas, sendo três delas feitas presencialmente e seis de forma virtual, através da plataforma *Zoom*. A partir das falas das mães chegou-se a alguns eixos temáticos e unidades de registro, que são: discursos sobre a maternidade; discursos sobre o corpo; depressão/ansiedade/tristeza; mudanças corporais/autoestima/autocuidado; primeiros contatos com o bebê/relação com o bebê intraútero; e Covid-19. **Considerações finais:** A teoria psicanalítica e seu cruzamento com as unidades de registro elaboradas nos permitiram realizar uma análise de conteúdo das entrevistas extraindo significados amplos e diversos para aquilo que foi proposto nos eixos temáticos. As unidades de registro permitiram explorar as entrevistas de forma a esmiuçar as falas em seu conteúdo não manifesto. As entrevistas realizadas presencialmente e via plataforma on-line não tiveram diferença quanto a seu resultado, porém, a pandemia de coronavírus impactou a pesquisa, impedindo que se realizassem os grupos focais com as gestantes e puérperas.

Palavras-chave: Saúde mental. Gestação. Puerpério. Atenção básica.

ATEM, L. M. **Care and attention to mental health in prenatal and postpartum: Mothers' representations regarding maternity care in São Paulo's Primary Healthcare Units (UBS).** 2022. (Doctoral Thesis). School of Public Health, USP. São Paulo, 2022.

ABSTRACT

Introduction: This research investigated women's health during pregnancy and postpartum, which is a public health issue, given its impact both on women's own health and the child's future development. Pregnancy and postpartum are periods in which enormous modifications take place, from physiologic and hormonal changes to intense emotional demands that were nonexistent before these stages. The objectives of this research were defined based on the following opening questions: How do these demands change the lives of women and the family? How do health professionals perceive these changes, and how does this impact on their work? How does Brazilian Healthcare handles and treats with during pregnancy and puerperium? **Objective:** Identify the women's representation regarding maternity and the health care professionals' representations regarding mental health during pregnancy and postpartum and their own work with this population. **Methodology:** This research used the qualitative approach and interviews. It was conducted via semi-structured interviews with eight voluntary puerperae women from the West Zone Healthcare Unit in São Paulo. We also conducted a group interview with healthcare professionals from the Prof Dr. José de Barros Magaldi UBS. For the analysis, we used the content-analysis technique. **Discussion and results:** We analyzed the contents of the interviews, three face-to-face and the other six via *Zoom* conferences, The mothers' statements led us to some thematic axes and registration units, which are: addresses regarding maternity; addresses regarding their bodies; depression/anxiety/sadness; body changes/self-esteem/self-care; first contacts with the baby/relationship with the intrauterine baby; and COVID-19. **Final considerations:** The psychoanalytic theory and its crossover with the registration units we elaborated allowed us to analyze the contents of the interviews by extracting broad and diverse meanings to that which was proposed in the thematic axes. The registration units allowed us to explore the interviews in such a way that we could scrutinize the speeches in their unmanifested content. Neither the interviews conducted in person and via *Zoom* conferences offered differences regarding their results. However, the Covid-19 pandemic impacted the research, preventing it to happen in focal groups with pregnant and puerperal women.

Keywords: Mental health. Pregnancy. Puerperium. Primary care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 — Caracterização dos sujeitos da pesquisa	67
Quadro 2 — Eixos temáticos e unidades de registro	68

LISTA DE SIGLAS

ABRINQ	Associação Brasileira dos Fabricantes de Brinquedos
APA	<i>American Psychological Association</i>
CEDAW	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher
CPAS	Centro de Promoção e Atenção à Saúde
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DPP	Depressão pós-parto
EPDS	<i>Edinburgh Post-Natal Depression Scale</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
FSP	Faculdade de Saúde Pública - USP
IMC	Índice de Massa Corporal
LASAMEC	Laboratório de Saúde Mental Coletiva da Faculdade de Saúde Pública
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
SRQ-20	<i>Self-Report Questionnaire</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TOC	Transtorno obsessivo-compulsivo
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Justificativa	21
1.2 Objetivo geral	22
1.3 Objetivos específicos	22
1.4 Aspectos éticos	22
1.5 Metodologia	23
<i>1.5.1 Entrevistas — Por que trabalhar com elas?</i>	<i>23</i>
<i>1.5.2 Entrevistas semiestruturadas</i>	<i>24</i>
<i>1.5.3 A seleção dos entrevistados</i>	<i>25</i>
1.6 Análise dos dados	25
2 UM OLHAR SOBRE A ATENÇÃO BÁSICA	29
2.1 Cadernos de Atenção Básica nº 28	29
2.2 O acolhimento como modo de lidar com o não previsto	31
2.3 Cadernos de Atenção Básica nº 32	31
2.4 O acolhimento na gestação	32
2.5 Condições básicas para a assistência pré-natal	33
3 REVISÃO DA LITERATURA	34
3.1 Autocuidado	35
3.2 Autoestima e imagem corporal	37
3.3 Acolhimento como modo de cuidar no SUS	38
<i>3.3.1 Acolhimento na gestação</i>	<i>38</i>
<i>3.3.2 Acolhimento no puerpério</i>	<i>40</i>
4 ASPECTOS EMOCIONAIS DA GESTAÇÃO	44
4.1 Aspectos psicoafetivos da gestação e do puerpério segundo o Caderno de Atenção Básica nº 32	44
4.2 A gravidez dividida em trimestres	45

4.3 A gravidez sob o ponto de vista da psicanálise	46
4.3.1 <i>A Transparência psíquica segundo Bydlowski</i>	46
4.3.2 <i>Primeiro momento: A história dos pais</i>	48
4.3.3 <i>Projeto de gravidez</i>	49
4.3.4 <i>A ambivalência</i>	49
4.3.5 <i>A concepção</i>	50
4.3.6 <i>A confirmação</i>	50
4.4 Os três trimestres da gestação sob o ponto de vista da psicanálise	51
4.4.1 <i>O primeiro trimestre</i>	51
4.4.1.1 <i>Os sintomas corporais</i>	52
4.4.2 <i>Segundo trimestre</i>	53
4.4.3 <i>Terceiro trimestre</i>	55
4.4.3.1 <i>Descompensações somáticas do terceiro trimestre</i>	56
4.5 SUS e psicanálise: Encontros possíveis?	57
5 O PÓS-PARTO E SUAS COMPLICAÇÕES	58
5.1 O pós-parto sob o ponto de vista da psicanálise	62
5.2 Algumas palavras sobre o <i>baby blues</i>	64
6 ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO	66
6.1 Eixo 1: Discursos sobre a maternidade	69
6.1.1 <i>O desejo de ter um filho X Gravidez não planejada</i>	69
6.1.2 <i>Ambivalências da maternidade</i>	72
6.1.3 <i>Significados da maternidade e relação com a própria mãe</i>	73
6.2 Discursos sobre o corpo	78
6.2.1 <i>Mudanças corporais/Autoestima/Autoimagem</i>	78
6.3 Depressão/Ansiedade/Tristeza	82
6.3.1 <i>André Green e o complexo da mãe morta</i>	85
6.3.2 <i>Ferenczi e a criança mal acolhida: Uma hipótese sobre a pulsão de morte</i>	86
6.3.3 <i>A questão das matrizes psicanalíticas e da matriz ferencziana</i>	87

1 INTRODUÇÃO

A saúde da mulher na gestação e no pós-parto constitui-se como um tema de saúde pública, dado o impacto que possui tanto para a própria saúde da mulher quanto para o futuro desenvolvimento da criança. Por exemplo: riscos detectáveis ao feto, que hoje já podem ser descobertos por exame de ultrassom ou outros exames, e a depressão pós-parto.

A gestação e o pós-parto são percebidos como um momento em que enormes modificações acontecem, desde mudanças fisiológicas e hormonais até intensas exigências emocionais não existentes antes desse período da vida.

Essas exigências geram certos tipos de resposta por parte da mulher, que começaram a ser percebidos e estudados pelos profissionais que trabalham com essa população, gerando novas pesquisas e novas formas de intervenção na área da saúde pública, da psicologia, da medicina, da pediatria, e da enfermagem.

De que forma essas novas exigências modificam a vida da mulher e da família? Como os profissionais de saúde percebem essas mudanças e de que forma isso impacta em seu trabalho? Como a saúde no Brasil cuida e trata a mulher no período da gestação e do pós-parto? De que maneira a própria mulher se vê quando engravida e quando tem o bebê? Essas são algumas das questões que permearão este estudo.

Ao longo de nosso percurso abordaremos primeiramente aspectos relacionados à atenção básica e sua ligação com o pré e pós-parto. Também discutiremos sobre os três trimestres da gestação em seus aspectos emocionais; perpassaremos a literatura sobre as psicopatologias do pós-parto e suas consequências para a relação mãe-bebê; falaremos dos ritmos presentes no nascimento e sua máxima importância para a constituição psíquica precoce; e adentraremos, por fim, em questões teóricas da psicanálise a respeito de tal constituição psíquica precoce. Ao final, após a análise do material colhido em pesquisa de campo, abordaremos questões da saúde coletiva e de como a psicanálise pode contribuir com esse campo tão complexo.

Para mostrar a construção do objeto de pesquisa, voltemos ao início desse percurso. Em 2014, através do Laboratório de Saúde Mental Coletiva da Faculdade de Saúde Pública (LASAMEC-FSP), em parceria com a Associação Brasileira dos Fabricantes de Brinquedos (ABRINQ), a Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP) iniciou um projeto de capacitação de profissionais de atenção básica na região do Vale do Ribeira-SP,

na área da saúde materno infantil, com duração de dois anos. Sendo esta uma região bastante pobre, o projeto teve como um de seus objetivos sensibilizar os profissionais para o combate à mortalidade infantil, muito alta no local.

O projeto foi implementado em seis cidades, uma delas parte da baixada santista, onde passamos dois anos realizando a capacitação, sob a coordenação de uma professora da FSP e de uma pessoa de dentro da ABRINQ. Nesse período, tivemos contato com agentes comunitários de saúde e profissionais de atenção básica, abordando e discutindo temas ligados à saúde materno infantil.

A partir desse projeto, tendo trabalhado como uma das capacitadoras, a pesquisadora pôde conhecer a realidade do Vale do Ribeira em profundidade. Teve contato com muitos profissionais de saúde, com os quais debateu, fez dinâmicas de grupo, conheceu seus pontos de vista, seu modo de pensar. Esteve também em áreas rurais para entrevistar gestantes, viu as condições em que viviam, o que esperavam de suas vidas e o que esperavam para as vidas de seus filhos.

Em sua dissertação de mestrado, finalizada em 2002 na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), a autora já havia abordado o tema da gestação de risco e da depressão pós-parto, e pretendia, no doutorado, continuar o trabalho com essa temática. Após o trabalho no Vale do Ribeira, pôde começar a melhor delinear e construir esse objeto de estudo. O cuidado a gestantes e puérperas em redes de atenção básica passou a ser, então, um ponto de investigação.

Tendo optado por entrevistar mães em Unidades de Atenção Básica, nosso projeto visava realizar entrevistas em nove unidades de saúde da Zona Leste de São Paulo. Porém, eis que a realidade se impôs em nosso caminho, havendo um atraso na autorização do comitê de ética em pesquisa para que iniciássemos o trabalho de campo. Isso nos fez pedir à faculdade uma prorrogação de prazo e, em 2020, adentramos na pandemia de COVID-19, o que levou a uma série de consequências para a pesquisa de campo e sua metodologia. Inicialmente, optamos por realizar uma mudança no local da pesquisa de campo, diminuindo a sua amplitude. Pelo fato de o sujeito da pesquisa se tratar de gestantes e de estas serem especialmente afetadas pelo vírus, aguardamos algum tempo para iniciar a pesquisa, esperando que as restrições causadas pela pandemia fossem reduzidas. Além disso, oferecemos a opção de realização das entrevistas de forma virtual, pela plataforma *Zoom*. Na prática, a maioria se deu dessa maneira, pois as mães moravam longe da Unidade de Saúde e, com a pandemia, não se dispunham a vir até a unidade para uma entrevista. Por fim, por falta de um número suficiente de mães, não

conseguimos realizar os grupos focais, o que acabou por interferir em nossa metodologia, que passou de triangulação de dados para análise de conteúdos.

Além de tudo isso, mas não menos importante, por motivos de saúde, esta tese de doutorado foi inteiramente ditada em aplicativo para computadores, que decodifica voz em texto. Tal fator, fez com que essa “escrita falada”, tenha se tornado mais demorada que o normal, necessitando maior tempo para correções e reformulações. Concordamos com a premissa de transitar entre a realidade e o contexto em que se inserem a pesquisa e a subjetividade da pesquisadora, fazendo-os parte da própria pesquisa.

Esse é o campo de saber em que nos inserimos: oriundo das Ciências Sociais, cujo objetivo central é a compreensão da realidade humana vivida socialmente (FRASER; GONDIM, 2004). Nesta tradição, o principal não é quantificar e mensurar, mas sim captar os significados do vivido. Não se está preocupado com a explicação de nexos causais, e sim com a compreensão de uma realidade singular e suas complexidades (FRASER; GONDIM, 2004).

Estaremos nesse terreno, preocupados com as representações que as gestantes e mães possuem da maternidade, no campo específico de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de São Paulo. As mães, quase em sua totalidade, moram longe da UBS, vindo até perto desta para trabalhar, visto que se encontra na Zona Oeste da cidade, local onde a população é mais abastada, não se aproximando da realidade dessas mães. Faremos, então, um sobrevoo sobre a Atenção Básica e seu olhar para o que é acolher, para a gestação e para o pós-parto.

Nesse percurso a teoria psicanalítica nos auxiliará e partiremos de alguns autores da área para tratar do tema proposto. Propusemo-nos a ouvir as mães em seus discursos sobre a gravidez e o puerpério, para a partir daí recolher sentidos advindos do campo da Psicanálise — em cruzamento com o campo da Saúde Pública —, da Atenção Básica, e das Ciências Sociais. Acreditamos que a Psicanálise pode nos ajudar a ouvir aquilo que existe para além das determinações médicas, fisiológicas, ou de qualquer ordem orgânica que esteja posto com relação à gravidez e ao puerpério.

Tentamos, assim, lançar uma luz sobre os aspectos simbólicos das dificuldades que acompanham a gravidez e o puerpério, refletindo sobre aspectos que vão desde a capacidade para cuidar e acolher, a construção do sentimento de confiança, as capacidades maternas para permitir o desenvolvimento das primeiras construções psíquicas precoces do bebê, até as dificuldades vividas pelas mães em todo esse percurso.

A gravidez, enquanto momento de profunda complexidade, é frequentemente considerada em nossa sociedade como um período durante o qual a mulher — símbolo de fecundidade — vive em harmonia e felicidade. As obras que tratam do assunto, normalmente, idealizam a maternidade, gerando um apagamento de tudo o que destoe dessa aparente perfeição. (SZEJER; STEWART, 1997).

Segundo Szeter e Stewart (1997), seguindo a lógica de Rousseau, a gravidez é descrita como harmoniosa em si, e os sintomas que a acompanham seriam infelizes e pequenos detalhes aos quais não devemos dar importância.

Porém, caminharemos em outra direção, na qual a gravidez e o nascimento constituem um contexto suscetível a ser explorado e decodificado, onde seus sintomas são repletos de significados, nunca sendo exatamente o mesmo para uma e outra mulher. Para cada gravidez há uma história. Tal história é portadora de sentidos e dá lugar a uma criança singular. (SZEJER; STEWART, 1997).

Logo, não existe gravidez ideal. Cada gestação é portadora de sua história particular e traz suas marcas. Onde para algumas há plenitude, para outras há angústia. A fragilidade pode surgir onde todos fazem uma imagem de força e coragem. Os sentidos são múltiplos e contraditórios, tecem a história de uma família e chegam, finalmente, ao nascimento de uma criança. (SZEJER; STEWART, 1997). Ao abrir espaço para uma nova pessoa na família, o lugar de cada um será modificado e transformado, pedindo o tecimento de uma nova história.

Poder falar sobre a saúde mental na gestação e no puerpério implica em abordar assuntos que vão desde a capacidade da mãe de desenvolver a preocupação materna primária e a identificação com o bebê, tal como veremos mais adiante, passando pela problematização relativa ao *baby blues* e àquilo que a mãe pode oferecer nesse período, caso esteja passando por uma situação assim. Também implica em falar sobre a depressão pós-parto e suas consequências para a relação mãe/bebê. Envolve pensarmos no exercício da função materna e na mãe enquanto objeto primordial que, através do estabelecimento dos ritmos das primeiras trocas com o bebê, oferecem laços de continuidade e descontinuidade que permitirão a constituição psíquica precoce.

A saúde mental na gestação e no puerpério envolve a construção do sentimento de confiança, justamente a partir das primeiras trocas, bem como a capacidade de estar presente e a qualidade da presença envolvida nessas trocas. Envolve também a desconstrução do mito do

amor materno, com o objetivo de questionar a ideia de que mãe é aquela que faz tudo e tudo resolve.

Isto posto, propomos pensar a saúde mental na gestação e no pós-parto a partir do discurso das mães que foram ouvidas nas entrevistas para, a partir daí, nos debruçarmos sobre essas questões com um olhar que interroga e busca sentidos nas entrelinhas daquilo que é manifesto.

1.1 Justificativa

Buscamos captar e entender a vivência daquilo que é trazido pelas gestantes e puérperas, a partir de um cuidado que possa ser sentido como produtor de vida e capaz de promover que elas próprias se tornem cuidadoras e mães, exercendo essa função que requer a capacidade de cuidar no seu mais amplo sentido. Cuidar do outro a partir do cuidado de si.

Assim, fomos em busca do vivenciado pelas protagonistas ao procurar os serviços, tentando conhecer sua realidade, como se sentem enquanto gestantes e mães, como se veem e se percebem, como se cuidam e são cuidadas. Observar de que forma esses cuidados estão associados à saúde mental das gestantes e mães, permitindo que elas façam a passagem realizada no corpo fisiológico — de mulher à mãe — sem que os conflitos e ambivalências aí presentes venham a obstaculizar a passagem necessária no corpo psíquico: aqui a mulher também deve se tornar mãe.

A saúde mental no pré e pós-parto se faz presente como tema de saúde pública de grande importância, principalmente em se tratando da Atenção Básica, local onde a mulher está presente ao longo de todo o seu processo de gestar e cuidar. Criar programas e políticas de saúde pública que atendam a essa população é um desafio maior num país da proporção do Brasil, de imensas desigualdades e com governos que se alternam e prejudicam — ou fazem retroceder — a criação dessas políticas.

Abordar a autoestima, o autocuidado e as representações que essas mães têm da maternidade são alguns dos modos de cuidar no pré e pós-parto. São as maneiras que encontramos de nos aproximar desse tema — a saúde mental de gestantes e mães — para fazê-lo cruzar com a teoria psicanalítica, a fim de nos fornecer maiores subsídios e nos permitir um aprofundamento na questão para pensar políticas públicas no ciclo gravídico-puerperal.

1.2 Objetivo geral

Este projeto tem como objetivo geral investigar a saúde mental de gestantes e puérperas atendidas na UBS Prof. Dr. José de Barros Magaldi, no Itaim, Zona Oeste de São Paulo, a partir das representações das mães acerca da maternidade. Também investigou como os profissionais da saúde pensam e atuam em relação à saúde mental de gestantes e puérperas.

1.3 Objetivos específicos

- Conhecer as estratégias (ou modos de cuidar) utilizadas pelos profissionais de saúde no atendimento a gestantes e puérperas;
- Discutir as potencialidades e resultados dessas estratégias;
- Refletir sobre as possibilidades de que outras estratégias (modos de cuidar) sejam produzidas;
- Debater sobre a saúde mental da mulher no pré e pós-natal;
- Articular as categorias “autoestima” e “autocuidado” como forma de melhor entender a mulher no período da gestação e do pós-parto;
- Identificar as representações das mães acerca da maternidade, a partir de categorias que emergirão do próprio discurso;
- Discernir de que forma a psicanálise pode contribuir para a compreensão dos cuidados maternos no início da vida.

1.4 Aspectos éticos

Este projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) obtendo parecer número 4.727.601 (vide anexo) e também aprovado pela Coordenadoria Regional de Saúde da Zona Oeste/SP (em anexo).

Esta pesquisa possui riscos mínimos e se compromete a seguir preceitos da bioética, preservando os sujeitos envolvidos.

1.5 Metodologia

Trata-se de uma pesquisa social empírica baseada em metodologia qualitativa. A pesquisa foi dividida em algumas etapas:

1) Revisão da literatura e da bibliografia sobre o tema proposto.

2) Trabalho de campo:

2.a) Realização de uma entrevista em grupo com profissionais de atenção básica na UBS Prof. Dr. José de Barros Magaldi. A entrevista foi realizada com roteiro predefinido (em anexo) e abordou o tema da saúde mental na gestação e puerpério, bem como as estratégias de trabalho utilizadas na UBS.

2.b) Realização de oito entrevistas, sendo: uma com gestante de cada um dos três trimestres de gestação e três entrevistas com puérperas (roteiro de entrevista em anexo).

3) Análise das entrevistas por meio da análise de conteúdo de Bardin (1977).

1.5.1 Entrevistas — *Por que trabalhar com elas?*

A entrevista — tomada no sentido amplo de comunicação verbal e no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico — é a técnica mais utilizada no processo de trabalho de campo (MINAYO, 1992). “Traduz-se também em fonte de dados secundários e primários, referentes a fatos, idéias, crenças, maneira de pensar, opiniões, sentimentos, maneiras de atuar, conduta ou comportamento presente ou futuro, razões conscientes ou inconscientes de determinadas crenças.” (MINAYO, 1992, p. 108).

Pode ser entendida como uma técnica privilegiada na construção do conhecimento, na medida em que propicia subsídios significativos, quer seja levada em conta isoladamente, quando revela a qualidade do indivíduo e dos dados específicos que dele emergem, quer seja considerada em seu conjunto, quando cria um verdadeiro caleidoscópio, o qual favorece a composição do quadro pelo pesquisador. (CICOUREL *apud* MINAYO, 1992, p. 140).

Para MINAYO (1992), a entrevista é a estratégia mais utilizada no processo de trabalho de campo, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa. Podem ser

consideradas uma conversa com finalidade, podendo ser: a) uma sondagem de opinião; b) entrevista semiestruturada; c) entrevista aberta ou em profundidade; e d) entrevista focalizada. (MINAYO, 1992).

Ainda segundo a autora (1992), a entrevista como fonte de informação fornece dados secundários e primários de duas naturezas: a) fatos que o pesquisador poderia conseguir por meio de outras fontes (censos, estatísticas, registros civis e outros); b) fatos que se referem diretamente ao sujeito entrevistado. Neste último caso, são informações sobre a realidade vivenciada pela própria pessoa entrevistada, dados aos quais os cientistas sociais denominam de subjetivos.

A entrevista, como forma privilegiada de interação social, está sujeita à mesma dinâmica das relações existentes na própria sociedade [...] cada entrevista expressa de forma diferenciada a luz e a sombra da realidade, tanto no ato de realizá-la, como nos dados que aí são produzidos. (MINAYO, 1992, p. 262;263).

A entrevista qualitativa pode ser utilizada como única técnica de pesquisa, como técnica preliminar ou, ainda, associada a outras técnicas.

A entrevista na pesquisa qualitativa, ao privilegiar a fala dos atores sociais, permite atingir um nível de compreensão da realidade humana que se torna acessível por meio de discursos, sendo apropriada para investigações cujo objetivo é conhecer como as pessoas percebem o mundo. Em outras palavras, a forma específica de conversação que se estabelece em uma entrevista para fins de pesquisa favorece o acesso direto ou indireto às opiniões, às crenças, aos valores e aos significados que as pessoas atribuem a si, aos outros e ao mundo circundante. (FRAZER; GONDIM, 2004, p. 140).

1.5.2 Entrevistas semiestruturadas

Em pesquisas qualitativas, opta-se mais comumente por entrevistas semiestruturadas ou não estruturadas, desde aquela que deixa o entrevistado mais livre (história oral) até aquela que segue um roteiro um pouco mais estruturado, com tópicos ou perguntas gerais (tópicos-guia) que orientem a sua condução, não impedindo, no entanto, o aprofundamento de aspectos relevantes ao entendimento do tema de estudo. Os tópicos-guias na entrevista semiestruturada podem ser úteis para a elaboração de categorias de análise dos resultados.

O papel do entrevistador na pesquisa qualitativa é, portanto, um papel menos diretivo, que tem o intuito de favorecer o diálogo com o entrevistado, para que seja o mais aberto

possível, fazendo emergir novos aspectos significativos sobre o tema em questão. (FRASER; GONDIM, 2004).

A intersubjetividade passa a ser condição para o aprofundamento, pois a realidade, na perspectiva qualitativa, não possui existência objetiva. Ao contrário, essa realidade é construída nos processos de interação social, só podendo ser atingida a partir do olhar dos próprios atores sociais aí envolvidos. (FRASER; GONDIM, 2004, p. 146).

1.5.3 A seleção dos entrevistados

A seleção dos entrevistados deve ser feita de modo a poder levar a uma ampliação da compreensão do tema proposto e a uma exploração das representações sobre ele. Assim, o principal critério de seleção dos entrevistados não é numérico, já que, em pesquisas qualitativas, o objetivo não é quantificar opiniões, mas sim explorar os diferentes pontos de vista em um dado contexto. (FRASER; GONDIM, 2004).

1.6 Análise dos dados

Em nosso projeto de doutorado propusemos trabalhar com a triangulação de dados a partir de entrevistas semiestruturadas e a realização de grupos focais. Também havíamos previsto a realização da pesquisa de campo em Unidades de Atenção Básica do bairro de Itaquera. Porém, em 2019, tivemos atrasos e dificuldades com a obtenção da autorização do comitê de ética em pesquisa, o que acabou por fazer com que precisássemos pedir prorrogação de prazo e, ao entrar no ano de 2020, com a pandemia de COVID-19, tivemos que adaptar tanto a pesquisa de campo quanto a sua metodologia.

Por não ser possível entrar em diversas unidades de saúde para entrevistar gestantes em pleno início de pandemia, optamos por focar em apenas uma Unidade de Atenção Básica, dando a opção de as entrevistas serem presenciais ou on-line. Na prática constatamos que as mães preferiram realizar as entrevistas no modo virtual. Apenas duas mães optaram pela realização presencial, sendo as outras realizadas por *Zoom*. Também não conseguimos um número suficiente de mães para realização de grupos focais, o que nos fez optar pela realização das entrevistas somente. Realizamos também entrevista com os profissionais de Atenção Básica, a qual se deu presencialmente.

Assim, não tendo realizado grupos focais, nossa metodologia passou de triangulação de dados para a análise de conteúdo, que se deu a partir das entrevistas semiestruturadas. A realidade da pandemia de COVID-19 se impôs em nossa pesquisa, e com ela tivemos que trabalhar adaptando tanto a prática quanto a teoria. Não levar em conta essa circunstância seria obscurecer o próprio modo de enxergar a prática, pois ela é resultado do cruzamento de uma multiplicidade de fatores.

Utilizamos como metodologia a análise de conteúdo de Bardin (1977). Análise de conteúdo é uma técnica oriunda das comunicações e, inicialmente, utilizou como fontes de dados notícias de jornais, discursos políticos, cartas, anúncios publicitários, relatórios oficiais, entrevistas, vídeos, filmes, fotografias, revistas, relatos autobiográficos, entre outros.

Laswell, nos Estados Unidos, em 1915, foi um dos precursores da técnica, utilizando-a para identificar a postura estratégica dos demais países, para proceder análise de imprensa e de propagandas. A análise de conteúdo alcançou popularidade a partir 1977, com Bardin.

Aos poucos, pesquisadores de diferentes áreas foram se interessando pela análise de conteúdo, tais como a linguística, etnologia, história, psiquiatria e, também, psicologia, ciências políticas e jornalismo. (SILVA; FOSSÁ, 2015).

Quaisquer que sejam os objetos das pesquisas, os dados a reunir para compreender e explicar opiniões, condutas e ações, a análise de conteúdo se presta a analisar diferentes fontes, verbais ou não verbais. (SILVA; FOSSÁ, 2015). É importante que o pesquisador possa analisar, de forma científica esses materiais ou fontes, e que não se contente em ter uma simples impressão, substituindo o impressionismo (opiniões pessoais) por procedimentos padronizados e convertendo materiais brutos em dados passíveis de tratamento científico. Para tal, o texto será decomposto, ou seja, será estudado em função das ideias ou das palavras que contém. Estas últimas escolhidas em razão de sua relação com o objetivo da pesquisa ou a questão investigada. (FREITAS; CUNHA; MOSCAROLA, 1997).

Quanto à interpretação, a análise de conteúdo transita entre dois pólos: o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade. É uma técnica refinada, que exige do pesquisador disciplina, dedicação, paciência e tempo.

A análise de conteúdo é constituída por algumas etapas, que se dão em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Segundo Silva e Fossá (2015), a pré-análise, deve sistematizar as ideias iniciais colocadas pelo referencial teórico e estabelecer indicadores para a interpretação das

informações coletadas. Essa fase compreende a leitura geral do material — no caso de análise de entrevistas, estas já deverão estar transcritas. De forma geral, é uma fase de organização do material.

Sendo que essa fase compreende:

- a) Leitura flutuante: é o primeiro contato com os documentos da coleta de dados, momento em que o analista começa a conhecer os textos, entrevistas e demais fontes a ser analisadas;
- b) Escolha dos documentos: consiste na definição do *corpus* de análise;
- c) Formulação das hipóteses e objetivos: a partir da leitura inicial dos dados;
- d) Elaboração de indicadores: a fim de interpretar o material coletado.

É importante ressaltar que a escolha dos dados a ser analisados deve obedecer às seguintes regras:

- Exaustividade: refere-se à deferência de todos os componentes constitutivos do *corpus*. Bardin (1977) descreve essa regra, detendo-se no fato de que o ato de exaurir significa não deixar fora da pesquisa qualquer um de seus elementos, sejam quais forem as razões.
- Representatividade: no caso de selecionar-se um número muito elevado de dados, pode efetuar-se uma amostra. A amostragem é considerada rigorosa se a amostra for uma parte representativa do universo inicial. (BARDIN, 2011 *apud* SILVA; FOSSÁ, 2015).
- Homogeneidade: os documentos escolhidos devem ser homogêneos, obedecer a critérios precisos de escolha e não apresentar singularidades fora de tais critérios.
- Pertinência: significa verificar se a fonte documental corresponde adequadamente ao objetivo inicialmente escolhido pela análise (BARDIN, 1977), estando de acordo com o que se propõem o estudo.

Após a primeira fase, acima descrita, dá-se a segunda fase, a exploração do material. Os textos são inicialmente recortados em unidades de registros, para que possam ocorrer operações de codificação, a partir da definição de regras de contagem e da classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas.

Os parágrafos de cada entrevista, assim como textos de documentos ou anotações de diários de campo, serão tomados como unidades de registro. Desses parágrafos, as palavras-chave são identificadas, fazendo-se o resumo de cada parágrafo para realizar uma primeira categorização. Dessas categorizações, surgem os temas correlatos, que dão origem às categorias iniciais. Estas são agrupadas tematicamente, originando, por sua vez, as categorias intermediárias, e estas últimas, também aglutinadas em função da ocorrência dos temas, resultam nas categorias finais. Assim, como dito, o texto das entrevistas é recortado em unidades de registro (palavras, frases, parágrafos), agrupadas tematicamente em categorias iniciais, intermediárias e finais, as quais possibilitam as inferências. Temos então um processo indutivo/inferencial, onde procura-se compreender o sentido da fala dos entrevistados, mas também buscar-se-á outra significação ou outra mensagem através ou junto da mensagem primeira. (SILVA; FOSSÁ, 2015).

A terceira fase compreende o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, e consiste em captar os conteúdos manifestos e latentes contidos em todo o material coletado (entrevistas, documentos e observação). A análise comparativa é realizada através da justaposição das diversas categorias existentes em cada análise, ressaltando os aspectos considerados semelhantes e os que foram concebidos como diferentes. (SILVA; FOSSÁ, 2015).

2 UM OLHAR SOBRE A ATENÇÃO BÁSICA

Iremos apresentar brevemente o Caderno nº 28, que propõe o acolhimento na Atenção Básica. Acreditamos que ele implemente uma nova forma de olhar para o usuário e para todos aqueles que buscam uma UBS.

2.1 Cadernos de Atenção Básica nº 28: O acolhimento à demanda espontânea

O Caderno de Atenção Básica nº 28 – Acolhimento à Demanda Espontânea, volume 1, teve a sua primeira edição em 2013. Ele começa apresentando o Sistema Único de Saúde (SUS) como fruto da reforma sanitária brasileira e afirmado na Constituição de 1988. Como política pública voltada à população, vem se desenvolvendo nos últimos trinta anos de modo paradoxal e sofrendo problemas crônicos, pois apesar de possuir diretrizes tais como universalidade, equidade e integralidade, possui financiamento insuficiente e desigual.

Para que todo brasileiro se sinta cuidado diante de suas demandas e necessidades de saúde, inúmeros desafios precisam ser enfrentados. É fundamental que os serviços sejam em quantidades adequadas, mas, além disso, devem estar articulados de maneira complementar e não competitiva, na perspectiva de redes de atenção, respondendo às necessidades de todos e de cada um de maneira singular, integral, equânime e compartilhada.

O Caderno de Acolhimento à Demanda Espontânea propõe que demandas e necessidades de saúde são construídas socialmente, sendo restritivo falar em “reais necessidades de saúde”. Por serem demandas construídas socialmente, não são imutáveis e não podem ser naturalizadas.

As equipes de atenção básica possuem, por estar próximas aos territórios onde transitam seus pacientes, a possibilidade de criar vínculos e atuar na promoção da saúde e prevenção das doenças, podendo gerir Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) aos usuários que assim demandarem. Estarão, dessa forma, mais atentas às demandas próprias e singulares que cada sujeito trazer à unidade de saúde, onde o acolhimento passa a ser também uma escuta singular do sujeito.

Embora muitas vezes essa escuta singular do sujeito possa se tornar um problema, dadas as dificuldades de escutá-lo em meio ao amontoado de tarefas que se tem em uma UBS, é

importante que isso esteja proposto nos Cadernos de Atenção Básica, pois essa premissa passa a servir como um norteador para todos aqueles que colocam sua força de trabalho a serviço da atenção primária em saúde.

Acreditamos, porém, que a escuta singular do sujeito da qual se fala aqui diz respeito ao acolhimento que se pode realizar, tanto no momento da chegada do paciente que vem em demanda espontânea, quanto daquele que vem com agenda programada. Dizer que acolhê-lo é escutá-lo é dizer que se abre uma porta para que ele fale de suas queixas, a partir do momento em que entra para o acolhimento.

Segundo o primeiro volume do Caderno de Atenção Básica – Acolhimento à Demanda Espontânea, as equipes de saúde devem “estar abertas a perceber a peculiaridade da situação que se apresenta, buscando agenciar os tipos de recursos e tecnologias (leves, leve-duras e duras) que ajudem a: “aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, (re)construir a autonomia, melhorar as condições de vida, favorecer a criação de vínculos positivos, diminuir o isolamento e abandono” (BRASIL, 2012). A atenção básica deve ser resolutiva e ter capacidade ampliada de escuta, bem como um repertório para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde.

Como definição para o acolhimento, o Caderno diz que ele é múltiplo de sentidos e significados, mas propõe, genericamente, ser como uma “prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas” (BRASIL, 2012).

Cada situação que requer uma nova tecnologia de cuidado deve ser objeto de conversa na Unidade, há sempre uma nova decisão a ser tomada, uma experimentação e análise pelos trabalhadores das equipes, aproveitando as ferramentas e experiências já existentes. Em situações nas quais o usuário é tratado de forma burocrática — e o trabalhador não consegue se colocar no lugar do outro que sofre — são comuns, daí um dos sentidos de o acolhimento ter um lugar importante na prática diária da atenção básica.

A questão da burocracia ao lidar com o sujeito que sofre foi abordada nesta tese pela ótica do cuidado em saúde. De que forma o profissional de saúde pode **cuidar** das gestantes e puérperas, tendo em vista as novas propostas para o SUS, através dos Cadernos de Atenção Básica, e suas propostas para o acolhimento? Como melhor **acolher** as gestantes e puérperas?

De um lado, está o cuidado do profissional de saúde com a gestante e puérpera que transita nesse período da sua vida pela Unidade de Saúde. De outro, está o cuidado da mãe com

o bebê recém-nascido. Para tratar das questões do cuidado e suas consequências — tais como a construção do sentimento de confiança — abordaremos mais adiante modos de cuidar e formas da presença, como nos propõe Figueiredo (2012).

2.2 O acolhimento como modo de lidar com o não previsto

Em circunstâncias imprevistas, o que é comum na UBS, é fundamental que o trabalhador de saúde possa ter um posicionamento de forma a avaliar a situação, a partir de uma postura ética, pensando no andamento do dia da UBS, nos casos que já se encontram lá, nas possibilidades de atendimento ao novo caso e na gravidade de cada caso. Assim, uma gestante que falta às consultas rotineiras poderá ser atendida/recebida em demanda espontânea caso venha à UBS com vômitos, por exemplo?

O acolhimento também diz respeito à capacidade que cada trabalhador de saúde possui de tomar decisões, reconhecer riscos e vulnerabilidades, e encaminhar o caso para a realização de intervenções. Isso exige uma reorganização do processo de trabalho, um novo modo de pensar o trabalho em equipe e uma nova forma de pensar a abordagem do usuário. Manter filas ou mandar o usuário de volta para casa passa a não ser mais a melhor solução.

Dito isso, pensamos que os Cadernos de Atenção Básica vêm para propor um novo olhar para a entrada do usuário na UBS. Um olhar que busca acolher as demandas espontâneas e ouvir aquilo que traz o sujeito à unidade.

2.3 Cadernos de Atenção Básica nº 32: Atenção ao pré-natal de baixo risco

Apresentaremos agora o Caderno de nº 32 – Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, pois o consideramos uma importante contribuição à atenção à gestante.

Entre 2012 e 2013, implementou-se no Brasil a chamada Rede Cegonha como forma de atenção ao pré-natal, parto e puerpério, e tendo como um dos principais motivos e objetivos a redução da mortalidade maternoinfantil, considerada muito elevada no país. Apesar de ter demonstrado alguma redução nas últimas décadas os indicadores de óbitos neonatais ainda continuam muito acima do esperado, mortes que ocorrem principalmente por causas evitáveis!

Apesar de ter havido também uma ampliação da cobertura do acompanhamento pré-natal, contraditoriamente, mantém-se elevada a incidência de sífilis congênita, assim como a hipertensão arterial sistêmica, sendo esta última a causa mais frequente de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil.

Assim, a Rede Cegonha constitui um conjunto de iniciativas do Ministério da Saúde envolvendo mudanças: 1) no processo de cuidado com a gravidez, o parto e o nascimento; 2) na articulação dos pontos de atenção em rede de regulação obstétrica no momento do parto; 3) na qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades; 4) na melhoria da ambiência dos serviços de saúde (UBS e maternidades); 5) na ampliação de serviços e profissionais para estimular a prática do parto fisiológico; e 6) na humanização do parto e do nascimento (Casas de Parto, enfermeiras obstétricas, parteiras, Casa da Mãe e do Bebê).

A Estratégia Rede Cegonha tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país, sendo implantada gradativamente em todo o território nacional.

2.4 O acolhimento na gestação

O acolhimento da gestante na atenção básica implica a responsabilização pela integralidade do cuidado, começando com a recepção da usuária a partir de uma escuta qualificada, do favorecimento do vínculo e da avaliação de vulnerabilidades, de acordo com o contexto social. Partindo de uma escuta qualificada, o profissional que atende a gestante deve permitir que ela expresse suas angústias, buscando compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família, principalmente se ela for adolescente.

O Caderno de Atenção Básica nº 32 coloca a gestação, o parto, o nascimento e o puerpério como eventos carregados de sentimentos profundos, pois constituem momentos de crises construtivas, com forte potencial para estimular a formação de vínculos e provocar transformações pessoais.

O contexto da gestação implica em mudanças nas relações estabelecidas entre a mulher, a família, o pai e a criança. Gera também mudanças na relação da gestante consigo mesma, no modo como ela entende seu autocuidado, e em sua percepção das mudanças corporais que ocorrem continuamente.

Vários estudos nacionais e internacionais já demonstraram o benefício da presença do acompanhante, posto que as gestantes se sentem mais seguras quando acompanhadas na gestação e no parto, havendo redução de medicamentos para alívio da dor, da duração do trabalho de parto e do número de cesáreas quando o acompanhante se faz presente.

O acolhimento, portanto, é uma ação que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário(a). O acolhimento não é um espaço ou local, mas uma postura ética e solidária. Portanto, ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos da atenção à saúde. (BRASIL, 2012a).

2.5 Condições básicas para a assistência pré-natal

O Caderno de Atenção Básica nº 32 propõe um acolhimento imediato e garantia de atendimento a todos os neonatos e a todas as gestantes e puérperas que procurarem as unidades de saúde. Também deve ser realizada a classificação do risco gestacional em toda e cada consulta, e feitos os devidos encaminhamentos, quando necessários. Alguns fatores de risco permitem a realização do pré-natal pela equipe de atenção básica e outros indicam a necessidade de encaminhamento à rede de alto risco ou à urgência obstétrica. Deve ser feito acompanhamento periódico e contínuo de todas as gestantes, para assegurar seu seguimento durante a gestação nos intervalos preestabelecidos. O acompanhamento deve ser feito tanto nas unidades de saúde, nos domicílios, nas reuniões comunitárias, e seguir até o momento do parto.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Realizamos revisão bibliográfica na base de dados Lilacs com os descritores saúde mental (and) saúde materna (and) atenção primária à saúde. Encontramos um total de 39 artigos nos últimos dez anos, dos quais 27 foram excluídos pelo título e resumo, pois revelaram que seus temas não coincidiam com o de nossa pesquisa.

Silva *et al.* (2020) apontam que é elevado o risco de ansiedade em gestantes, e moderado o risco de depressão. Segundo os autores, os transtornos depressivos pré-natais resultam em transtornos depressivos pós-natais.

Para Costa *et al.* (2018), gestação e puerpério são reconhecidos como fatores de risco para o desenvolvimento e piora de problemas na saúde mental. Seu diagnóstico, porém, não é feito corretamente. De acordo com os autores, em pesquisas internacionais a prevalência de sintomas psiquiátricos (ansiedade e depressão) variam de 11,8% a 34,9%, dependendo do nível sócioeconômico, do período de tempo investigado, e também do instrumento utilizado na detecção. A depressão é um fator de risco para o baixo peso do bebê ao nascer e prematuridade.

Lucena *et al.* (2018) realizaram uma pesquisa a respeito da primeira semana do pós-parto e detectaram que apenas 52% dos atendimentos ao recém-nascido são realizados na primeira semana do pós-parto. Nessa pesquisa, apenas um enfermeiro relatou perceber como o recém-nascido é acolhido, e verificou questões como drogas e álcool na família. Assim, o artigo conclui que os aspectos biológicos, psíquicos e sociais maternos não estão sendo verificados pelos enfermeiros, que olham para os aspectos físicos do bebê. Dado o fato de que as principais dúvidas da mãe ocorrem na primeira semana do pós-parto, tais questões não estão tendo atenção, sendo que a visita, muitas vezes, passa a ocorrer um mês ou dois após o parto. Isso se revela uma séria questão de saúde pública, pois aquilo que não for detectado logo no início, passará despercebido, podendo se tornar um problema mais grave adiante.

Castanharo (2011) aponta para o fato de que gestantes adolescentes têm vários papéis ao engravidar: o papel de amiga e de estudante, tendo que incorporar o papel materno, de cuidadora, membro de família. Esses dados são importantes de ser levados em consideração, quando, na análise de dados, algumas mães adolescentes demonstrarem exatamente essas dificuldades.

Realizamos também uma busca na plataforma Scielo, com os descritores saúde materna (and) saúde mental, encontrando 17 artigos nos últimos cinco anos.

Schiavo e Perosa (2020) realizaram um estudo com 139 mulheres, desde a gestação até o primeiro ano de vida do bebê. Encontraram em 22% das gestantes sintomas de depressão, sendo 17% aos seis meses pós-parto, e 12% aos quatorze meses pós-parto, reforçando a ideia de que o período da gestação é bastante crítico no tocante a ansiedades e sintomas depressivos. Os autores investigaram também o atraso no desenvolvimento dos bebês e encontraram um atraso em 40% aos seis meses, e em 31% aos quatorze meses, não sendo, porém, um atraso global, mas sim em subáreas do desenvolvimento, o que pode ser associado à depressão materna.

Segundo a *American Psychiatric Association* (APA), 50% dos episódios de depressão que ocorrem no puerpério se desenvolveram no início da gestação. (SILVEIRA *et al.*, 2018).

Percebemos até aqui que ansiedade e depressão parecem ser diagnósticos genéricos dados para um certo número de sintomas que se mostram na gestação e no puerpério e aos quais não se tem ainda uma forma precisa de diagnosticar e de cuidar. A utilização de termos psiquiátricos parece não esclarecer os sintomas dos quais se quer falar, como veremos alguns autores apontarem mais adiante.

3.1 Autocuidado

Realizamos uma busca na base de dados Scielo com os descritores saúde materna (and) autocuidado, que será uma das categorias a ser analisada com as entrevistas.

Spehar e Seide (2013) apontam que entre os benefícios psicológicos do Método Canguru para os pais, está a redução dos sintomas maternos de depressão pós-parto, o favorecimento da redução do estresse e da ansiedade materna, e a redução da percepção da dificuldade da mãe no que se refere ao neonato, melhorando a competência materna e o empoderamento dos pais. Para os autores, o conceito de autoeficácia materna percebida — baseado no conceito de autoeficácia de Bandura, de 1977, que não será por nós utilizado por se tratar da teoria comportamental — amplia a perspectiva de competência materna e auxilia na identificação de mães com maior necessidade de orientação e suporte. Podemos fazer um paralelo entre o Método Canguru e o ato dos pais de colocar o recém-nascido em seu peito, simplesmente para niná-lo. Esse gesto simples é carregado de significados, tanto para o bebê — trazendo para ele os ritmos que, como veremos mais adiante, são um importante fator na sua constituição psíquica — quanto para os

pais, em quem esse gesto, como também trazido por Spehar e Seidi (2013), possui a capacidade de aliviar o estresse e a ansiedade materna, trazendo empoderamento.

Nakano *et al.* (2003) escrevem em artigo a respeito de vivências, de crenças e tabus no período de resguardo em puérperas. Nesse período, as mulheres fazem associação com imagens de corpo oco e vazio, e a sensação de abdômen dilatado após o nascimento do bebê, havendo sensação de perda. O corpo passa a ser atribuído como esquisito, feio, horroroso. “[...] uma coisa esquisita [...] parece que eu não sinto as coisas direito [...] no começo achei estranho [...] não estava acostumada, apertava assim, não sei se é porque os organismos estavam chegando ao normal, eu apertava assim e sentia tudo vazio.” (Taís, UBS-Parque Ribeirão. In: NAKANO *et al.*, 2003, p. 244).

Segundo Nakano *et al.* (2003), a pesquisa nacional sobre Demografia e Saúde (SOUZA, 1999) apontou que aproximadamente 51% das mulheres de 15 a 19 anos sem escolarização já tinham se tornado mães, e quase 4% estavam grávidas do primeiro filho. Das mulheres de 15 a 24 anos, 13% declararam abandonar a escola por ficar grávidas, casar ou ter que cuidar dos filhos. Tais dados indicam uma causalidade da relação maternidade e educação (NAKANO *et al.*, 2003). Parece haver uma relação em que a gravidez na adolescência implica, necessariamente, o abandono da escola para a adaptação ao papel de mãe, esposa e, também, de trabalhadora.

É interessante notar que as puérperas não são rígidas quanto ao resguardo, mas são receosas quanto à sua saúde. Inúmeras são as crenças leigas sobre saúde e doença. Nakano *et al.* (2003) trazem a teoria humoral, ou teoria das doenças quentes e frias, segundo a qual a saúde pode ser mantida ou perdida simplesmente pelo efeito do calor ou do frio no corpo. Assim, no resguardo, seria importante manter o equilíbrio entre calor e frio, não se expondo a extremos, como choques térmicos, para manter a temperatura interna do corpo.

Para Nakano *et al.* (2003), a percepção e a identificação das sensações corporais da fase puerperal são resultantes das comparações percebidas no contexto da prática cotidiana na relação com o outro. Os significados atribuídos às manifestações e aos cuidados com o corpo materno são uma reinterpretação do discurso médico articulado a um universo de significados mais amplos sobre o corpo feminino e materno.

3.2 Autoestima e imagem corporal

Realizamos uma busca na base de dados Lilacs com os descritores saúde materna (and) autoestima, a qual será uma das categorias utilizadas para análise das entrevistas. Encontramos 24 artigos nos últimos 10 anos. Desses 24, apenas 3 foram de fato úteis para nossa pesquisa, em função de seus temas.

Teixeira, Matsudo e Almeida (2008) destacam que na gestação existe um conflito entre autoimagem e corpo idealizado, o que interfere na imagem corporal e na autoestima da mulher grávida. Toda gestante deve fazer uma adaptação à sua nova imagem. Segundo os autores (2008), para a mulher, estar acima do peso pode gerar insatisfação. Porém, mulheres que entram na gestação com uma preocupação muito exagerada acerca do peso, podem ter maiores chances de desenvolver problemas relacionados à ansiedade ou depressão pós-parto.

Para Meireles *et al.* (2017), mulheres entram em conflito com seus valores e conceitos de estética, beleza e sensualidade ao entrar na gestação. Segundo os autores imagem corporal é definida como a representação mental do corpo. Eles apontam que em estudos anteriores foram identificadas associações entre a imagem corporal negativa em gestantes, e características tais como: elevado Índice de Massa Corporal (IMC), atitude alimentar inadequada, sintomas depressivos, baixa autoestima, e elevados níveis de ansiedade. Essas associações, por sua vez, afetam a saúde da mãe e do feto, causando baixo peso ao nascer, atrasos no desenvolvimento infantil, prematuridade e, em alguns casos, podem levar ao aborto. A depressão tem sido associada à imagem corporal em pesquisas com público gestante devido aos impactos negativos que pode ter para a saúde da mãe e do bebê. (MEIRELES *et al.*, 2017).

Um estudo de revisão integrativa, também de Meireles *et al.* (2015), sobre a insatisfação corporal em gestantes, mostra que nessa fase da vida há um relaxamento da pressão para se atingir o corpo ideal. O aumento da gordura corporal é tolerado pela maioria, até apreciado por algumas grávidas. Alguns estudos citados na revisão integrativa demonstram que as grávidas possuem imagem corporal boa, o que está associado positivamente à autoestima.

Porém, outros estudos demonstram que, ao contrário, esse também é um momento vulnerável para problemas alimentares, e a insatisfação corporal aparece em mulheres com IMC alto ou obesas. Alguns trabalhos citados na revisão sugerem a relação entre a insatisfação corporal com a depressão, com um período mais curto de amamentação e com a opção pela mamadeira.

3.3 Acolhimento como modo de cuidar no SUS

Em todos os artigos consultados, realizamos uma leitura procurando ver de que forma o acolhimento às gestantes e puérperas se dá na prática do SUS, para além daquilo que é proposto nos Cadernos de Atenção Básica. Foi encontrado apenas um artigo tratando dos assuntos saúde da mulher, saúde mental, e atenção básica, conjuntamente.

Para efeitos didáticos, dividimos nossos resultados em artigos que falam do pré-natal e artigos que falam do puerpério, embora essa divisão não seja tão rigorosa quando se faz a leitura. Falaremos então, do acolhimento, tanto na gestação quanto no puerpério.

3.3.1 *Acolhimento na gestação*

A reforma sanitária ocorrida no Brasil na década de 70 trouxe enormes mudanças para os modos de cuidar existentes até então. Com a implementação do SUS, a diretriz denominada integralidade trouxe a ideia da saúde como um direito de todos e um direito à cidadania, o que culminará aos poucos com a atual ideia da humanização: como atender aos indivíduos de forma menos técnica e mais humana? Com o SUS, entra em campo o chamado “acolhimento”, que

remete à forma como cada profissional e cada membro de equipe irá articular seu conhecimento técnico e teórico a uma atitude ética e solidária. O processo de acolhimento configura os contextos de intersubjetividade que possibilitam a construção do vínculo, da corresponsabilidade e da autonomia no cuidado à saúde. (SOUZA *et al.*, 2013, p. 112).

Para Souza *et al.*, o acolhimento é colocado como aquilo que possibilitará a construção do vínculo e da autonomia. Porém, é diferente a forma como cada sujeito profissional interpreta o conceito de acolhimento e o coloca em ato, a partir de suas crenças e vivências. Para sair da tecnicidade e entrar em relação e vínculo com o usuário é preciso um novo modo de olhar para o sujeito que sofre. Assim, passar da tecnicidade ao ato de acolher requer um aprimoramento da qualidade de escuta e do “estar ao lado”.

Para Duarte (2012), para as gestantes, “a comunicação, o acolhimento e o vínculo foram os fatores mais valorizados e desejados por elas no pré-natal”. (DUARTE, 2012). Nesse artigo,

as representações sobre o acolhimento realizado na Estratégia Saúde da Família (ESF) estudada (Jardim Marabá, Campo Grande-MS) são positivas e priorizam as necessidades das usuárias.

Duarte e Andrade (2006) enfocam o modo como a enfermagem vem modificando, nos últimos anos, sua forma de tratar a gestação, o parto e o puerpério. O advento do SUS proporcionou a mudança de um modelo assistencial centrado na doença para um modelo centrado na promoção da saúde e na prevenção. Com isso, passou-se a dar maior atenção à diminuição da mortalidade materno-infantil, focando-se nas mortes neonatais evitáveis, por meio de uma adequada assistência pré-natal, parto e puerpério, e colocando, também, em evidência o trabalho da enfermagem.

Os autores propõem atividades educacionais (grupos de gestantes) ou ocupacionais (grupos operativos) como parte da atuação do enfermeiro. Propõem ainda que uma forma de cuidado sensível prestado pela enfermagem seja uma atenção especial aos cinco órgãos dos sentidos, dada a sensibilidade emocional manifestada pela mulher grávida. Duarte e Andrade (2006) concluem dizendo que o pré-natal não deve ser um momento puramente técnico, centrado no biológico, mas o enfermeiro deve considerar o conteúdo emocional como fundamental para a relação profissional/cliente, partindo do estabelecimento de um vínculo. Expressam, assim, sua forma de ver e sugerir o acolhimento pela enfermagem.

Santiago *et al.* (2017) apontam que ainda vigora no setor da saúde um modelo de trabalho fragmentado, no qual cada profissional realiza apenas etapas do trabalho, sem uma integração com os demais profissionais. Assim, eles “fatiam a assistência, desconsiderando a importância de ver a gestante como um ser integral” (SANTIAGO *et al.*, 2017). Isso nos mostra um acolhimento não integrado, feito também de modo “fatiado”.

Ruschi *et al.* (2018) aventam como uma das formas de realização de cuidados e acolhimento a gestantes o serviço de apoio matricial. Observou-se melhor a assistência ofertada nas ESFs e, apesar das falhas, o apoio matricial é considerado uma boa ferramenta de ampliação da oferta de ações em saúde. Porém, não há estudos na literatura, nacional ou internacional, sobre a assistência pré-natal nas unidades de saúde levando em conta o impacto da ação do apoio matricial na qualidade da assistência. Segundo os autores, os estudos demonstram melhor qualidade da assistência pré-natal na ESF quando comparada à UBS tradicional.

De modo geral, quando se trata dessa acolhida na gestação, os artigos lidos concordam que vínculo, escuta e comunicação são os itens que fazem com que o acolhimento seja melhor sentido e recebido pela mulher. Em algumas cidades, percebe-se que há falhas nessa recepção,

tanto na porta de entrada da unidade quanto na própria consulta médica ou de enfermagem. Em muitos lugares, o trabalho é percebido como realizado de forma fragmentada, cada um desenvolvendo a sua especialidade, sem haver uma comunicação com o profissional de outra área que trata da mesma paciente.

Assim, percebe-se que aquilo que é preconizado pelo Caderno de Atenção Básica de nº 32 não é inteiramente realizado na prática. Nos últimos anos, temos visto alguns retrocessos, com o governo Bolsonaro, que tem impactado a prática do SUS, inclusive diminuindo o número de agentes comunitários de saúde que, muitas vezes, são os responsáveis pela comunicação entre a unidade e as gestantes. Embora a maioria das gestantes se sinta acolhida, ainda há falhas na comunicação entre os profissionais, assim como entre profissionais e usuárias.

3.3.2 Acolhimento no puerpério

Passemos à questão do acolhimento no pós-parto. Segundo Corrêa *et al.* (2017), estudos em países diversos, incluindo o Brasil, demonstraram que — na percepção da mulher — as necessidades do puerpério, especialmente as emocionais e reprodutivas, são desconsideradas. Segundo os autores a operacionalização do acolhimento na ESF restringe-se à organização da demanda espontânea na porta de entrada. Ou seja, em muitos casos, vemos que o acolhimento é tratado como se restringindo à chegada da usuária, sem avançar pelas ESFs, em consultas e atendimentos.

Tanto no artigo supracitado como em outras pesquisas podemos ver a indicação de que as mulheres conferem bastante importância ao puerpério imediato, uma vez que é aí que surgem as primeiras e principais dúvidas relacionadas à maternidade. Partindo deste dado, o Ministério da Saúde preconizou então que se faça uma visita domiciliar, sempre na primeira semana pós-parto. No entanto, em todos os artigos lidos sobre o puerpério, há um descontentamento das mulheres com a visita puerperal, e as próprias unidades de saúde contam como sendo uma de suas dificuldades tal realização. De acordo com Corrêa *et al.* (2017), além de a visita do pós-parto muitas vezes não ser realizada, não é priorizado o cuidado às mulheres primíparas, mesmo em casos de hipertensão gestacional — ainda que metade das mortes maternas no mundo tenha como causa justamente a hipertensão arterial.

No caso das mulheres primíparas, a questão da inexperiência nos cuidados com o bebê torna muito mais crítica e delicada a volta para casa. Dúvidas, incertezas e vulnerabilidades que

são sentidas no caso de partos normais — e agravadas quando de uma cesárea — tornam ainda mais necessária a visita na primeira semana. Segundo os autores, “as expectativas insatisfeitas acerca da visita domiciliar no puerpério imediato provocam nas mulheres um sentimento de desconsideração pelas necessidades delas e dos seus bebês” (CORRÊA *et al.*, 2017, p. 5). Nesse momento tão delicado, o olhar do profissional acaba se dirigindo ao bebê recém-nascido, deixando para depois os cuidados com a mãe.

Assim, a consulta puerperal na primeira semana tem baixa frequência apesar de constituir uma das ações previstas pelo Ministério da Saúde, como forma de combate à mortalidade materno-infantil, pois as unidades de saúde no Brasil não conseguem dar conta de toda a demanda que possuem. Em muitas unidades, a visita acaba sendo realizada no final do primeiro mês pós-parto, ou já no segundo mês.

Partindo do dado de que as puérperas apresentam grande vulnerabilidade emocional — nesse período, de 50 a 70% apresentam o estado depressivo brando, o chamado *baby blues*, que dura até duas semanas após o parto —, fica ainda mais notável o fato de que o acolhimento na fase puerperal requer a parcerização diante dos casos, e uma disponibilidade para o atendimento. Nessa fase são necessárias conversas sobre o retorno para casa e cuidados com o bebê, dores e dificuldades na amamentação, dificuldades no relacionamento com o parceiro, redes de apoio para o cuidado da mãe e do recém-nascido, medo de engravidar novamente e negociação sobre anticoncepção. Todos estes são temas para ser tratados nas consultas de puerpério.

Para Cecílio (1999), o acolhimento centrado na pessoa visa identificar alternativas para atender a suas demandas e necessidades de saúde. Para ampliar as possibilidades de auxílio, o encontro profissional precisa conter:

- a) competência técnica;
- b) postura ética para mobilizar o seu saber-fazer, considerando as singularidades;
- c) capacidade de construção de vínculos. (CECÍLIO, 1999).

Para as pacientes, o bom atendimento e acolhimento resulta do: interesse demonstrado na consulta — o tempo que o profissional despense com ela — ítem “c” apontado por Cecílio; exame físico realizado (ítem “a”); e do conjunto de perguntas feitas, associado às orientações fornecidas de acordo com o caso específico (que é a consideração das singularidades, ítem “b”).

A maioria dos artigos consultados sobre o puerpério aborda a questão da depressão pós-parto e de como ela é percebida e tratada no âmbito do SUS. Os artigos concordam que, em se tratando de atenção básica, o enfermeiro é o profissional que primeiro recebe a puérpera na consulta de revisão pós-parto. Enfermeiro e agente comunitário são os profissionais que irão estabelecer esse primeiro contato com a recém-mãe e saber como estão sendo os primeiros dias entre ela e bebê. Caberá a esses dois profissionais a tarefa de detectar sinais de que algo possa estar ocorrendo (no caso de uma depressão pós-parto), realizando acolhimento e escuta qualificada.

De acordo com Silva e Botti (2005), a literatura fala da necessidade da criação de programas preventivos na rede pública voltados à saúde da mulher e que possam identificar os fatores de risco para a depressão pós-parto. Também fala que é preciso preparação e percepção por parte da equipe de saúde acerca dos sinais da doença.

Os vários artigos lidos concordam que a depressão pós-parto é muito difícil de ser detectada, justamente porque é escamoteada, esconde-se nas consultas em meio às preocupações com o bebê, e a mães que tentam não aparentar a situação em que estão. A falta de planejamento para a visita da primeira semana do pós-parto acaba acarretando uma série de fatores prejudiciais à saúde da mãe e do bebê, sendo um deles, a dificuldade na detecção tanto do *baby blues* quanto da depressão pós-parto. Casos de *baby blues* acabam não sendo olhados por se considerar que o fator hormonal se encarregará de solucionar a situação. Porém, será somente esse o problema daquela mulher? Podemos, enquanto profissionais, aguardar que os hormônios resolvam uma situação sem sequer olhar para ela?

Félix *et al.* (2013) enfatizam a necessidade de os enfermeiros receberem capacitação relacionada à depressão pós-parto. Os autores relatam que os próprios enfermeiros afirmam priorizar os problemas de caráter biológico em relação aos que remetem à saúde mental. Dentre os profissionais dessa área que participaram dos grupos focais para a pesquisa desse artigo, nenhum havia jamais registrado um caso de depressão pós-parto, apesar da incidência comprovada de 10 a 20% de prevalência na população. Os autores concluem, após a realização dos grupos focais, que há uma subdetecção da depressão pós-parto: “Certamente surgiram casos que não foram interpretados como depressão puerperal e que evoluíram de forma regressiva ou progressiva sem que houvesse um diagnóstico adequado.” (FÉLIX *et al.*, 2013, p. 431).

A escala de Edimburgo, utilizada por profissionais para detecção da depressão pós-parto (DPP), surge nos artigos, de modo geral, como instrumento importante para o reconhecimento e diagnóstico da depressão puerperal, bem como a ideia de levar aos profissionais a noção de

que a DPP é uma doença, que não está relacionada a uma personalidade má da mãe, que tem cura se for tratada e que envolve a quebra de estigmas presentes tanto nos familiares quanto nos profissionais.

4 ASPECTOS EMOCIONAIS DA GESTAÇÃO

Vejam os aspectos que o Caderno de Atenção Básica propõe a respeito dos aspectos psicoafetivos da gestação, a fim de saber o que sugere o SUS para a atenção emocional às gestantes e puérperas.

4.1 Aspectos psicoafetivos da gestação e do puerpério segundo o Caderno de Atenção Básica nº 32

O Caderno nº 32 propõe uma abordagem centrada na pessoa — em contrapartida à abordagem centrada na doença — com uma valorização da relação estabelecida entre o profissional e a assistida, e buscando compreendê-la como um todo, em seu contexto de vida, incluindo família, trabalho, crenças, dificuldades e potencialidades.

É preciso fazer uma escuta atenta, que indique presença e atenção, estando livre de preconceitos, fatores que auxiliam o estabelecimento da confiança necessária para o vínculo. Além disso, deve-se utilizar a empatia, habilidade de compreender a realidade das outras pessoas, mesmo quando não se teve as mesmas experiências.

A gravidez é considerada um período de transição, com mudanças metabólicas e um estado temporário de instabilidade emocional. Há alterações do esquema corporal, o medo da irreversibilidade das transformações do corpo, e a mulher passa por diversas mudanças afetivas, onde o nascimento do bebê provocará uma nova dimensão na vida dos pais, solicitando um comprometimento relacional por intermédio da parentalidade. O termo “parentalidade” envolve a preparação para o processo de tornar-se mãe e pai, o que reaviva desejos antigos experimentados na infância. Ocupar o lugar de pais na cadeia de gerações implica o acesso à maturidade e anuncia, ao mesmo tempo, a finitude e o futuro desaparecimento por meio da morte.

Para qualificar a atenção no pré-natal e no puerpério, o profissional de saúde deve conhecer os aspectos emocionais envolvidos na gestação, e a divisão por trimestres que é feita para destacar as características de cada etapa e facilitar a conduta das equipes.

4.2 A gravidez dividida em trimestres

Primeiro trimestre

Primeira consulta pré-natal: nesse momento, ao procurar o profissional, a mulher já pôde refletir minimamente sobre o impacto de estar grávida. Inseguranças já surgiram e reflexões quanto à possibilidade de dar continuidade ou não à gestação. A mulher deseja então: confirmar sua gravidez, amparar suas dúvidas e ansiedades, certificar-se de que o bebê está bem, certificar-se de que tem “bom” corpo para gestar, buscar apoio.

O profissional deve:

- Reconhecer o estado de ambivalência da mulher com relação à gravidez, enquanto algo normal.
- Acolher suas dúvidas e ansiedades.
- Estabelecer uma relação de confiança e respeito.
- Compreender o estado de maior vulnerabilidade psíquica da gestante.
- Proporcionar um espaço na consulta para a participação do parceiro.

Segundo trimestre

- Maior quantidade de alterações do desejo e do desempenho sexual.
- Alteração da estrutura corporal, com maior repercussão para a adolescente.
- Percepção dos movimentos fetais.
- Na fantasia da mãe, o feto começa a possuir características próprias e a se comunicar com ela através de seus movimentos.

Terceiro trimestre

- Ansiedades se intensificam com a proximidade do parto e a mudança da rotina após a chegada do bebê.
- Aumentam as queixas físicas.
- Diminuição do desejo sexual.
- Facilidade em reviver antigas memórias e conflitos infantis com os próprios pais ou irmãos, havendo a possibilidade de resolução desses conflitos nesse momento, pois eles podem interferir na futura relação mãe/bebê.

Atuações do profissional:

- É importante que o profissional de atenção básica evite o excesso de tecnicismo, oferecendo uma escuta acolhedora.
- Deve identificar as pessoas que dão apoio à gestante.
- Deve fortalecer os grupos de casais e os de gestantes, como suporte emocional e esclarecimento de dúvidas.
- Observar e respeitar a diferença de significado da ecografia para os pais e para o médico.
- Fornecer orientações sobre a evolução da gestação e do parto que aliviem a ansiedade da mulher.
- Preparar a gestante para o parto normal, ajudando a diminuir sua ansiedade e insegurança.
- Estimular a presença do companheiro nas consultas pré-natal.
- Permitir a expressão de crenças, sentimentos e emoções — conscientes ou inconscientes — a respeito da gestação, do parto, da maternidade e da paternidade.
- Realizar ações que enfoquem o fortalecimento da família e o desenvolvimento do seu projeto de vida em comum.
- Estimular a amamentação.

Os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) podem auxiliar as equipes de Saúde da Família na atenção integral durante o pré-natal, participando de discussões de casos, educação permanente, consultas conjuntas, grupos, visitas domiciliares, entre outras funções. Podem auxiliar também no atendimento às gestantes que apresentem sofrimento mental.

4.3 A gravidez sob o ponto de vista da psicanálise

4.3.1 A transparência psíquica segundo Bydlowski

A autora francesa Monique Bydlowski (1997) nos apresenta a ideia de “transparência psíquica” em mulheres grávidas, que corresponde a um estado muito particular do psiquismo onde fragmentos do pré-consciente e do inconsciente encontram saída facilitada à consciência.

Segundo a autora, logo nas primeiras semanas da gravidez o funcionamento psíquico já se encontra alterado. É um estado relacional particular onde as mulheres estabelecem uma correlação evidente entre a situação de gestação atual e as lembranças do seu passado. (BYDLOWSKI, 1997).

Nesse momento, há um progressivo desinvestimento do mundo exterior e uma crescente interiorização. Na transparência psíquica, o inconsciente estaria vulnerável, suscetível, aberto, permitindo que os conflitos recalçados encontrem saída para a consciência.

De acordo com Bydlowski (1997), dois fenômenos ocorrem na gestação. No primeiro, haveria um rebaixamento das defesas que asseguram o recalque, fazendo com que o aparelho psíquico não mais garanta que as lembranças que antes mantinham-se no recalque permaneçam no esquecimento. No segundo fenômeno, haveria um hiperinvestimento do objeto bebê que está por vir. Isso apesar de a autora constatar em suas consultas como analista de grávidas que as mães pouco falam de seus bebês. Porém, inversamente a isso, o investimento psíquico no bebê é enorme, retirando o interesse da mãe em outros assuntos. É justamente esse hiperinvestimento na criança que abre caminho para o retorno dos conteúdos infantis passados da gestante.

Essa dinâmica pode ser diferente em casos de falecimento pré-natal ou outras fatalidades obstétricas que venham a obstaculizar a tranquilidade de mãe e bebê, situações nas quais o bebê passa a ser o sujeito principal da fala materna.

Segundo Cailleau (2009), quando a figura da grávida surge nas pinturas e poesias — as madonas, por exemplo — o que aparece é uma representação com olhar interior, que traduz a modificação da vida psíquica da mulher durante a gestação. Esse olhar oblíquo seria a tradução da crise emocional e maturativa, crise na qual a mulher deverá renunciar à infância para aceder à idade adulta, trazendo com isso uma nova identidade. A mobilização intensa de energia psíquica revela conflitos latentes num momento de grande vulnerabilidade.

Cailleau (2009) aponta que surgirão sonhos e lapsos atestando a proximidade a conflitos inconscientes. A jovem mãe rememora os conflitos infantis das fases precedentes de seu desenvolvimento, revivendo as primeiras relações e identificações com a sua própria mãe e, muitas vezes, expondo suas rivalidades. Assim, tal como atestado anteriormente por Bydlowski (1997), o que domina o pensamento da grávida (que se encontra em análise) não é a criança que ela carrega, mas a criança que ela foi um dia.

Conforme coloca Cailleau (2009), a presença e o crescimento do feto favorecem a permeabilidade entre o domínio somático e o mental. A mãe se retira ao seu mundo interior e há o aparecimento de fantasias regressivas expressas em seus sonhos e suas falas, onde experiências passadas são reativadas nos níveis consciente, pré-consciente e inconsciente. A fala de uma mãe em que relata seus sonhos, na 18ª semana de gestação, demonstra esses conflitos, bem como as rivalidades com a própria mãe: “— Eu sonhei com papai todo nu, foi ambíguo... é um pouco edípico como sonho, não?” (CAILLEAU, 2009, tradução nossa, p. 20). E, em outro sonho: “— Eu discuto com mamãe e muito nervosa a empurro, lhe dou um tapa e lhe digo: ‘você está com ciúmes porque estou grávida’ e ela então me dá um pontapé no ventre, me bate e começa a sangrar.” (CAILLEAU, 2009, tradução nossa, p. 20).

4.3.2 Primeiro momento: A história dos pais

Para Szejer e Stewart (1997), a história do encontro do casal, seja qual casal for, é também a história de antes do encontro, a que tornou possível que o encontro em si tenha se realizado. A história de antes, é a história individual de cada membro do casal, inscrita em sua própria família e determinando nela um lugar para esse indivíduo, bem como a maneira como ele poderá, por sua vez, criar ou não uma família para si. “Para cada membro do casal este encontro adquire sentido em sua própria história e vai fazer parte do banho de linguagem de onde emergirá esse filho.” (SZEJER; STEWART, 1997, p. 47).

Para Cailleau (2009), cada casal parental porta em seu inconsciente uma criança fantasmática a partir de sua própria infância. Cada casal irá, assim, elaborar de maneira mais ou menos consciente seu projeto de criança, que se enraíza geracionalmente.

Já para Maldonado (2017), a decisão de ter um filho resulta da interação de motivos conscientes e inconscientes, tais como: dar continuidade à própria família; aprofundar uma relação amorosa; elaborar a angústia da morte com a esperança da imortalidade; manter um vínculo já emocionalmente desfeito; competir com irmãos; dar um filho para a própria mãe; preencher o vazio de um companheiro; buscar uma extensão de si própria; preencher um vazio interno.

4.3.3 Projeto de gravidez

Assim, segundo os autores, quando nasce um filho, quer o desejo de filho tenha se dado de forma consciente ou não, em algum lugar, esteve presente o desejo inconsciente do filho. Mesmo que mais tarde venha à tona o não desejo de gravidez, em algum lugar ou momento esse desejo existiu e o que virá depois será fruto da história de cada um e desse encontro. (SZEJER; STEWART, 1997).

Homem e mulher funcionam de formas diferentes, tanto no psiquismo quanto fisiologicamente. Para um homem, desejar um filho não significa a mesma coisa que para uma mulher. A noção de tempo também funciona de maneira diferente para um e para outro, e a mulher está inserida de forma diferente no tempo da pressa, o que impõe para ela algumas pressões a serem enfrentadas. O homem não encontra no tempo os mesmos limites que a mulher, o que interfere nas relações de cada um com a pressa, e em suas conexões entre tempo e desejo.

4.3.4 A ambivalência

A ambivalência está presente em toda forma de desejo, inscrita na própria estrutura do inconsciente, e significa o desejo por duas coisas contraditórias. Para que um desejo se realize, é preciso renunciar ao outro.

As inúmeras situações pelas quais homens e mulheres passam diante da decisão de ter um filho nos mostram de que forma a ambivalência está presente quando se trata de tomar tal resolução. A ambivalência dos casais também é uma articulação de suas respectivas histórias e, muitas vezes, vê-se casais que desejam filhos ao mesmo tempo em que não querem abdicar da “vida de solteiros”.

Há ainda as novas composições familiares contemporâneas, como os casais homoafetivos, as mães que decidem ter filhos a partir de bancos de esperma, as mães que adotam estando sozinhas ou, ainda, a mãe que engravidou e não continuou num relacionamento com o pai de seu filho. Aqui, outros desejos ganham forma e se concretizam com a chegada do filho, e esses novos modos de organização familiar muito nos ensinam a respeito do desejo pelo filho, a respeito da maternidade e da paternidade.

De acordo com Maldonado (2017), não existe uma gravidez totalmente aceita ou totalmente rejeitada. Para a autora, diversos graus de ambivalência estão presentes em todos os relacionamentos significativos.

4.3.5 A concepção

O momento em que a mulher se pergunta sobre a possibilidade de uma gravidez é um momento carregado de intensidades. Será essa uma boa ou uma má notícia? Esse é um período de incertezas breve, mas intenso. Para algumas pode ser um período de grande angústia, para outras um período de muita euforia (SZEJER; STEWART, 1997). A ambivalência nesse momento também pode ser acentuada: imaginariamente, pode-se estar ou não grávida até que haja o momento da confirmação.

4.3.6 A confirmação

Passar de “talvez eu esteja grávida” para “eu estou grávida” requer um pequeno período de solidão no qual a mulher vê-se diante de uma realidade que concerne ao seu corpo. Será muito diferente a forma como cada uma irá lidar com as mudanças daqui para a frente: umas se apressarão a contar aos outros a novidade, outras farão de conta que nada está acontecendo. Normalmente será o veredicto médico que fará a passagem de uma confirmação para o reconhecimento da gravidez.

A criança que virá entrar assim no social através da declaração de gravidez e da emissão do cartão de maternidade. Saindo do estrito contexto familiar será o médico que estabelecerá a ligação do feto com a sociedade, ele mesmo esboçando o laço pelo qual no nascimento a criança será considerada inteiramente como um futuro cidadão. (SZEJER & STEWART, 1997, p. 95).

Cada mulher interpretará as palavras do médico ou do ecografista em função de sua própria história e de sua personalidade. Algumas poderão perder o sono, enquanto outras passarão a ter hipersonias.

4.4 Os três trimestres da gestação sob o ponto de vista da psicanálise

Vejamos agora de que forma a gravidez pode ser lida a partir de uma divisão didática de seus três trimestres e de que maneira estes podem ser analisados sob o ponto de vista psicanalítico, aprofundando aquilo que já foi apresentado pelo Caderno de Atenção Básica nº 32.

Maldonado (2017) coloca a gravidez como uma transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento. Nela ocorrem mudanças de aspectos da identidade e uma nova definição de papéis.

4.4.1 O primeiro trimestre

O discurso social sobre a mulher grávida idealiza esse momento propondo a imagem de uma gravidez sempre bem-sucedida, sem levar em conta a possível violência da experiência vivida intimamente. A mulher grávida desaparece, suas palavras ficam ocultas e toda atenção se dirige ao feto. (SZEJER; STEWART, 1997). Porém, a gravidez pode ser vivenciada pela mulher de maneira prazerosa ou dramática, angustiante ou com muito entusiasmo. A diversidade de histórias experienciadas é imensa e muda de mulher para mulher.

O primeiro trimestre é aquele no qual surgirão as primeiras modificações corporais, as primeiras percepções da gravidez. Entram em jogo duas histórias paralelas: a história da relação daquela mulher com seu corpo e de sua relação com o corpo de sua mãe. Segundo Maldonado (2017), algumas mulheres captam de modo inconsciente as transformações bioquímicas e corporais da gravidez e, assim, acompanham a rapidez das mudanças de seu corpo. Outras levam semanas ou meses para perceber e sentir as primeiras alterações corporais acontecendo, ou porque possuem pouca sintonia com seu corpo, ou porque em sua história ginecológica há episódios de amenorreia prolongada.

De acordo com Szejer e Stewart (1997), as mulheres podem viver as primeiras modificações corporais como uma experiência desestabilizante e angustiante, as quais poderão ameaçar sua autoimagem. Algumas mulheres podem adorar sua nova forma física, mas, pode acontecer para outras, de passarem a odiar sua aparência. E a relação do casal terá grande influência sobre isso. O olhar do parceiro/a, tanto poderá acentuar a insatisfação feminina

quanto amenizá-la. O companheiro/a poderá passar a olhar o corpo da mulher como erotizante ou repulsivo, mas não ficará indiferente.

Assim, é interessante observar como a mulher passa a ver o seu corpo, tanto na gestação como no pós-parto. Sente-se bem e bonita ou sente-se feia e indesejável? Seu corpo tornou-se um empecilho para o relacionamento e para as relações sexuais?

4.4.1.1 Os sintomas corporais

Szejer e Stewart (1997) compreendem os sintomas físicos da mulher na gravidez (náuseas, vômitos e outros) não somente como o efeito de hormônios, mas como “palavras ainda não ditas” que encontraram esse meio de expressão.

Além dos sintomas físicos, há o choro, que pode se expressar na mulher de modo incontrolável, na forma de crises. O que faz com que, mesmo numa gravidez desejada e considerada feliz, a mulher chore?

Os autores formulam duas hipóteses. Uma, a de que o choro se relaciona com o fato de precisar abrir espaço para um novo ser, tornando-se frágil e vulnerável para que este adquira forças. E, a outra hipótese, consiste no ponto de vista simbólico de que, para tornar-se mãe, a mulher precisa fazer um luto de seu próprio lugar de filha. Esse luto pode ser feito em diferentes momentos, o que dependerá da história de cada uma, ou pode até nunca acontecer! (SZEJER, STEWART, 1997).

Será um período intenso para a mulher que, além de lidar com todas as suas angústias e ansiedades, também terá que lidar com as angústias de seu parceiro/a. As náuseas da mulher, seu cansaço, seu choro, suas mudanças de humor, suas mudanças físicas, podem desestabilizar, angustiar, irritar ou fazer o parceiro/a sentir-se culpado. (SZEJER; STEWART, 1997). É um período em que há muita ambivalência envolvida e, ambas as partes do casal podem parecer distantes num dia e, no outro, estar muito presentes um para o outro!

Nesse primeiro trimestre de gravidez surgirão sempre casos de algumas mulheres que se encontram em conflito com a medicina, recusando algumas medicações sistemáticas da gravidez ou não indo às consultas. Algumas sentem que os cuidados médicos podem ser tranquilizadores, mas, para outras esse controle sistemático pode ter um caráter angustiante e intrusivo. “Cada mulher reagirá à assistência médica em função de sua própria estrutura

psíquica, e também, em função do médico e de sua maneira de exercer a medicina.” (SZEJER; STEWART, 1997, p. 145).

A técnica médica pode ser usada de forma a permitir a palavra ou, se for usada como um fim em si mesmo, pode boicotar a palavra e impedir a mulher de se colocar.

Quanto à questão da alimentação, Maldonado (2017) aponta que o aumento de apetite, comum na gravidez, às vezes atinge graus de extrema voracidade. Segundo a autora, a dificuldade em manter uma ingestão adequada pode ser um mecanismo de autoproteção, quando o feto é sentido como um “parasita” que suga sem cessar as reservas da mãe, que, por sua vez, tem no excesso de comida uma forma de compensar suas “perdas”.

A comida serve também, segundo Maldonado (2017), como uma forma de gratificar-se para compensar as privações pessoais associadas à vinda do bebê. A voracidade, pode ser um indicador de sentimentos hostis relacionados ao feto, os quais podem ser encobertos por uma preocupação excessiva com o bom desenvolvimento fetal.

Por outro lado, pode surgir o sentimento de culpa associado à ideia de não estar alimentando-se direito, logo, fazendo mal ao feto.

A grávida também possui um aumento de sensibilidade nas áreas do olfato, paladar e audição, o que se expressa emocionalmente através de uma maior irritabilidade: ela fica vulnerável a estímulos externos, e muito mais propensa ao riso e ao choro. (MALDONADO, 2017).

4.4.2 Segundo trimestre

No segundo trimestre a mulher começa a sentir-se fisicamente melhor. Alimentado através da placenta o feto adquire agora uma relativa autonomia. Porém, à medida que desaparecem os sintomas físicos, aparecem os sintomas psíquicos, revelando crises de ansiedade, angústias e pesadelos. (SZEJER; STEWART, 1997).

As mudanças corporais serão mostradas por cada mulher de uma forma diferente. Através do modo de vestir-se, alimentar-se muito ou pouco, o modo de curvar-se sobre si mesma ou de empinar a barriga, sua postura... São comportamentos que denotarão o lugar que a gravidez tem em sua vida e também o lugar que a criança passará a ocupar para ela.

No primeiro trimestre a notícia da gravidez implicou em uma renegociação das relações do casal, seja ele heteroafetivo, seja ele homoafetivo. Já no segundo trimestre, será o momento de o/a companheiro/a efetivamente mostrar como se sente em relação às modificações do corpo feminino. Há companheiros/as para quem as modificações corporais da mulher são bastante difíceis, e passam a comentar sobre como ela está pouco atraente, podendo deixá-la com um forte sentimento de solidão.

A angústia do segundo trimestre não se assemelha à ambivalência do primeiro. No primeiro trimestre ainda há uma dúvida sobre o futuro da gestação, fator favorável à ambivalência. Já no segundo trimestre não existe mais a dúvida, os movimentos do bebê são percebidos e, junto com eles, pode vir a angústia, que pode ser interpretada como uma antecipação sobre a futura separação do corpo do bebê do da mãe. Assim, na mesma medida em que sente uma grande alegria pelos movimentos do bebê em seu ventre causando sensações inéditas, a mulher percebe que em determinado momento será imperativo que ela se separe desse ser que ela carrega. É como uma evidência de que a felicidade não durará para sempre, pois será, necessariamente, interrompida.

Pode acontecer, eventualmente, que outros abandonos vivenciados ao longo da vida venham se sobrepor a essa separação, levando a que essa angústia se torne ainda mais difícil de ser vivida. Pode ocorrer o contrário também, e a mulher vivenciar esses momentos com menos angústia, menos ansiedade, podendo aproveitar o segundo trimestre em sua melhora dos aspectos físicos.

No segundo trimestre juntam-se as primeiras percepções táteis, as sensações dos movimentos do bebê, com as primeiras percepções sonoras e visuais, estas trazidas pelo ultrassom. Com relação ao ultrassom morfológico, médico e pais darão a ele sentidos diferentes. O médico, tentando certificar-se de que o bebê se desenvolve bem, assim como detectar algum sinal de anomalia, falará a respeito da imagem que vê, ressaltando os detalhes que lhe saltam aos olhos. Assim, dirá o quanto é pequeno, é grande, é gordo, tem os dedos finos etc. Os pais, porém, não veem a mesma imagem, mas sim a do seu filho, tal qual tentam imaginar. Desse modo, as palavras ditas pelo médico serão ouvidas e interpretadas dentro de um contexto que engloba um casal e uma família ampliada. O filho passará a fazer parte da linhagem materna e paterna, e os pais tentarão reconhecer nele os traços de suas famílias. Assim, darão ao filho uma “pré-história” e palavras nas quais ele possa futuramente se inserir e encontrar.

Dessa forma, enquanto o médico procura uma anomalia, os pais inscreverão o feto numa filiação. Segundo Szejer e Stewart (1997), apenas no terceiro trimestre os pais se perguntarão

por alguma anomalia do bebê. É claro que, alguns pais podem fazê-lo desde o início, a depender de seu histórico e do de sua família, mas, em geral, no segundo trimestre são outras as questões que vêm à tona.

Para Maldonado (2017), a interpretação que a mãe faz dos movimentos fetais contribui para a formação da relação materno-filial: é como se o feto adquirisse características peculiares e possuísse a capacidade de se comunicar com a mãe através de seus movimentos. Para a autora, as representações mentais e as fantasias que a mulher cria de si mesma como mãe do futuro bebê influenciam o estilo de vínculo que ela formará com seu filho.

A partir do segundo trimestre há uma tendência a surgirem alterações do desejo e do desempenho sexual da grávida, coloca Maldonado (2017). É comum que ocorram graus variados de diminuição do desejo sexual, chegando até ao desinteresse total, tanto para a mulher, quanto para o homem. A cisão entre a maternidade e a sexualidade pode fazer com que, em casos de uma gravidez não planejada, haja uma aversão à relação sexual.

De acordo com Maldonado (2017), as alterações que a mulher vive na sexualidade estão relacionadas com a maneira como ela sente as alterações do esquema corporal do seu corpo grávido e com a atitude do homem em relação às suas modificações corporais. A mulher pode ter a sensação de ser fecunda e estar desabrochando, e por isso ter orgulho do seu corpo, mas, em outros casos, as alterações do esquema corporal são vividas como deformações, ela sente-se feia e incapaz de atrair alguém.

O medo da irreversibilidade do esquema corporal, segundo Maldonado (2017) é um dos temores mais universais da gravidez. Assim como as partes do corpo são capazes de ampliar-se para fazer as adaptações necessárias à gestação e ao parto, também conseguem voltar ao estado anterior à gravidez. As grávidas, porém, possuem a preocupação de não recuperar a forma após o parto.

4.4.3 Terceiro trimestre

No segundo trimestre o embrião virou feto e, no terceiro trimestre, o feto torna-se, finalmente, viável! Essa viabilidade permite com que o feto seja percebido pela mãe de outro modo, pois a mulher passa a prever o nascimento e imaginar o parto. Enquanto no segundo

trimestre a ideia de separação era fonte de angústia, no terceiro essa separação passa a ser desejada.

O mal-estar físico é a principal característica do terceiro trimestre. Enquanto no segundo a mulher estava bem com seu corpo, agora o corpo está volumoso, tem dificuldades para locomover-se e manter suas atividades habituais.

As reações de cada mulher dependem de sua relação com essa gravidez — seja ela desejada ou não — e de sua relação com seu próprio corpo — e com as deformações pelas quais ele passa naquele momento. Algumas sofrem vendo-se enormes e sentem-se mal, em suas roupas e em sua própria pele, e não suportam as alusões que são feitas, a todo momento, a seu estado. Outras sentem prazer em viver seu novo volume e gostam de receber elogios e sinais de interesse.

Conforme nos diz Maldonado (2017), no terceiro trimestre o nível de ansiedade da grávida tende a elevar-se em função da chegada do parto e com a mudança de rotina após a chegada do bebê. Temores específicos da maternidade são expressos em sonhos e fantasias antes e após o parto. É comum que a grávida sonhe com o parto, com o bebê e com as alterações do esquema corporal.

4.4.3.1 Descompensações somáticas do terceiro trimestre

No último trimestre podem ocorrer algumas descompensações somáticas. São elas: a ameaça de parto prematuro, a hipertensão arterial, e as toxemias.

Em relação à hipertensão arterial, é preciso distinguir entre as mulheres que sofrem habitualmente da condição e aquelas que a desenvolvem apenas na gravidez. Nos casos de mulheres em que a hipertensão é preexistente, esta pode ser considerada como ligada ao contexto geral da história da paciente, supondo-se que conflitos anteriores foram despertados pela gravidez a ponto de ameaçar a possibilidade de ela chegar a termo. Já nos casos em que a pressão é habitualmente normal e só aumenta durante a gravidez, é preciso levar em conta o contexto dessa gravidez específica. (SZEJER; STEWART, 1997). Em alguns casos a hipertensão arterial pode ser entendida como sintoma de conflitos e tensões psíquicas não resolvidas.

Nos casos de descompensação diabética também é necessário levar em conta se a patologia já existia antes da gravidez ou não. São variações individuais que precisam ser compreendidas em suas ligações com a história da gravidez, com o contexto familiar da mulher e do casal (SZEJER; STEWART, 1997).

No terceiro trimestre podem ocorrer também outras descompensações somáticas, mas que podem ser entendidas como descompensações do bebê, tais como as patologias placentárias e as rupturas prematuras da bolsa de água.

4.5 SUS e psicanálise: Encontros possíveis?

Até aqui, vimos como os aspectos trazidos pelos Cadernos de Atenção Básica são complementados por alguns aspectos da psicanálise. Muitas questões abordadas pelos autores trazidos não são abordadas nos Cadernos, por exemplo, a ambivalência — sempre presente no desejo de ter um filho —, e aspectos psíquicos ligados à hipertensão e diabetes, dentre outras. Vejamos agora, aspectos relacionados ao pós-parto e suas complicações.

Assim, pensamos que o encontro entre SUS e psicanálise é um encontro possível, onde um traz questões ao outro, e questiona aquilo que se coloca pela clínica e pelo atendimento aos pacientes. Vejamos a seguir de que forma o pós-parto é abordado na literatura e pela psicanálise.

5 O PÓS-PARTO E SUAS COMPLICAÇÕES

Iremos examinar agora o que a literatura nos diz acerca do período do pós-parto. Vários estudos se referem ao período da gestação e do pós-parto como um momento que merece atenção em saúde pública, a partir da menção a alguns transtornos psicoafetivos que ocorrem nesse período da vida. Os estudos mostram que, entre os problemas relacionados à gravidez e ao pós-parto, há grande ocorrência de distúrbios de humor, transtornos de ansiedade e distúrbios psicóticos.

As consequências que a não atenção a esse período podem trazer para a saúde da população é imensa, tanto para as mulheres, quanto para seus bebês e familiares.

Dentre a sintomatologia referida às mulheres, deparamo-nos com o fato de que mães com depressão pós-parto

[...] gastam menos tempo olhando, tocando e falando com seus bebês e apresentam mais expressões negativas que positivas. Elas se expressam menos face a face e são menos afetivas na interação com o bebê. Mães deprimidas podem interromper a amamentação mais precocemente e lidar com seus bebês de forma indecisa, pouco afetuosa e confusa por lhes faltarem habilidades de resolução de problemas ou a persistência necessária para estabelecer interações afetivas com suas crianças. [...] Outro aspecto desse relacionamento diz respeito à amamentação, momento de forte interação e intimidade entre a mãe e o bebê. [...] Quando os sintomas depressivos já são intensos no início do período puerperal, parece haver chance ainda maior de suspensão do aleitamento. (CANTILINO, 2009, p. 289).

Dentre a sintomatologia referida aos bebês, Cantilino (2009) prossegue:

[...] são vulneráveis ao impacto da depressão materna, porque dependem muito da qualidade dos cuidados e da responsividade emocional da mãe. Quanto mais grave e persistente for a depressão pós-parto, maior a chance de prejuízos na relação mãe-bebê e de repercussões no desenvolvimento da criança. Bebês de mães deprimidas quando comparados aos de mães não deprimidas exibem menos afeto positivo e mais afeto negativo, têm menor nível de afetividade e menos vocalizações, costumam distanciar o olhar, apresentam mais aborrecimentos, protestos mais intensos, mais expressões de tristeza e raiva, menos expressões de interesse e uma aparência depressiva com poucos meses de idade. Os bebês se aconchegam pouco, têm pouca reciprocidade com suas mães e expressão emocional diminuída, são irritados e choram mais, têm problemas de alimentação e sono e menor desenvolvimento motor. (CANTILINO, 2009, p. 290).

Assim, entendemos que as demandas que se referem à gestação e pós-parto são variadas, tornando-se muitas vezes uma questão de saúde pública, quando não cuidadas.

A literatura fala em disforia (o chamado “*baby blues*”), depressão pós-parto, psicose puerperal, transtornos de ansiedade relacionados à gestação e pós-parto, e alguns transtornos recorrentes na população, tais como pânico, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e outras compulsões, mas, também, presentes nesses períodos da vida da mulher.

Silva Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005) estimaram a prevalência de depressão puerperal e sua associação com transtornos mentais comuns em mulheres atendidas em duas unidades do Programa de Saúde da Família em São Paulo, e identificaram os fatores de risco associados à depressão pós-parto.

Os autores do estudo afirmam que a sintomatologia da depressão pós-parto não difere da dos episódios de alteração do humor que ocorrem fora do puerpério, segundo o quarto Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV). Dentre os sintomas citados estão humor depressivo e perda do interesse nas atividades anteriormente agradáveis, perda significativa de peso ou apetite, insônia ou sono excessivo, fadiga, agitação ou retardo psicomotor, sentimentos de desvalia ou culpa, perda de concentração e ideias de morte ou suicídio. (SILVA CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY, 2005).

Como na maioria das vezes os sintomas são atribuídos ao cansaço e desgaste do pós-parto, acabam não sendo percebidos e, logo, negligenciados pela própria mulher, companheiro/a e familiares. Além disso, os autores ressaltam que algumas mulheres não preenchem os critérios para diagnóstico de depressão pós-parto, mas apresentam sintomas de incapacitação funcional, que podem ser classificados como Transtornos Mentais Comuns (TMC). (SILVA CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY, 2005).

As participantes do estudo referido foram 70 mulheres de 15 a 43 anos, estando entre a 12^a e a 16^a semana do pós-parto, e foi adotado como critério de exclusão mães cujos recém-nascidos tiveram má-formação congênita ou vieram a falecer.

Foi aplicado um questionário para obtenção de informações sociodemográficas e socioeconômicas, antecedentes obstétricos e do parto, e dados do recém-nascido. Todos esses considerados fatores que aumentam a predisposição à depressão pós-parto. A única questão aberta foi sobre o suporte emocional que a mãe considerou receber nesse período.

O estudo não observou associação entre risco de depressão pós-parto e características obstétricas tais como gestações prévias, abortamento, prematuridade e risco obstétrico. Foi

observada maior proporção de depressão pós-parto entre as puérperas que tiveram partos pós-termo e aquelas em que o recém-nascido apresentou valor menor que oito no primeiro minuto na escala de Apgar. A presença de suporte do marido foi considerada efeito protetor sobre a incidência de depressão pós-parto.

A prevalência de depressão pós-parto e TMC no estudo foi de 37,1 %, considerada uma taxa alta. Outros estudos realizados em países diversos encontraram prevalência de 10 a 20% de depressão pós-parto e uma pesquisa recente, feita em oito países com 300 mulheres, confirma que existem diferenças significativas de taxas de depressão pós-parto nas diferentes culturas. (SILVA CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY, 2005).

Segundo os autores do estudo, a associação de depressão pós-parto com diversos fatores de risco é tema controverso. Alguns defendem que o baixo nível socioeconômico e um maior número de filhos são indicadores de risco para depressão pós-parto. No entanto, outros autores discordam dessa associação.

Existe também uma relação controversa entre complicações obstétricas e depressão pós-parto, havendo estudos que demonstram que tal associação existe e, outros estudos, que não. Também existe controvérsia quanto à relação entre depressão pós-parto e amamentação.

De modo geral, a literatura considera como fatores de risco para depressão pós-parto possuir histórico pessoal e familiar de depressão, falta de suporte social e redes de apoio, conflitos conjugais, ansiedade e depressão iniciadas na gestação.

O artigo de Silva Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005) é finalizado com a conclusão de que, dada a dificuldade das puérperas em acessar os serviços de saúde mental, há a necessidade de se elaborar um instrumento para encaminhamento adequado às consultas psiquiátricas. A Escala de Edinbush (EPDS — *Edinburgh Post-Natal Depression Scale*) e o *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20), seriam instrumentos interessantes para isso, podendo ser utilizados por médicos obstetras, enfermeiros e demais profissionais da saúde. (SILVA CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY, 2005).

O artigo de Falcone *et al.* (2005) concorda que a prevalência de depressão pós-parto é um problema que afeta um número grande de mulheres e que os resultados dos estudos são ainda contraditórios e insuficientes.

Os autores apontam que existem dois grandes grupos de estudo quando se trata da depressão pós-parto. O primeiro, que pesquisa fatores de risco para a gravidez, como as dificuldades econômicas e a falta de uma rede de apoio que dê suporte à grávida. O segundo

tipo de grupo seria aquele que associa a depressão como fator de risco para alguns desfechos obstétricos, como o baixo peso da criança ao nascer, a prematuridade e a irritabilidade do bebê. (FALCONE *et al.*, 2005).

A relação entre a saúde mental da mãe e o futuro desenvolvimento da criança, podendo provocar transtornos afetivos na idade adulta, parece estar comprovada. Os estudos também concordam que os fatores que influenciam negativamente a relação mãe-bebê têm sua gênese no período gestacional, ou mesmo, antes disso, no período anterior de vida da mulher.

Os serviços de saúde pública têm uma ampla possibilidade de atuar no sentido de promover a saúde da mulher, do bebê e da família, mas, para isso, necessitam de conhecimentos, instrumentos e recursos que os auxiliem nesse trabalho. Agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas etc., são os profissionais que estão mais próximos da mulher e da família, encontrando-se no momento adequado para a realização de intervenções.

Segundo o artigo de Falcone *et al.* (2005), depois de feitas intervenções em Paraisópolis (em São Paulo), no Centro de Promoção e Atenção à Saúde (CPAS), observou-se um alto índice de transtornos afetivos em gestantes adultas e em adolescentes. Após a realização de trabalho multiprofissional e da aplicação dos instrumentos de avaliação SRQ e BID, verificou-se a queda na prevalência desses transtornos.

Rowe e Fisher (2010) propõem em seu artigo um programa psico-educacional para prevenir transtornos mentais comuns no pós-parto em mães primíparas, na Austrália. O artigo considera que intervenções de transtornos mentais no pós-parto já relatadas tiveram sucesso limitado, e que tais transtornos constituem um importante problema de saúde pública, que tem sido de difícil prevenção, havendo a necessidade de se criar recomendações para a prática clínica, bem como a proposição de iniciativas políticas.

Segundo Rowe e Fisher (2010), os transtornos de ansiedade pós-natal, os chamados TMC — os mesmos relatados no artigo de Silva Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005) — apesar de serem comuns, são bem menos reconhecidos que a depressão pós-parto, havendo aí um ponto que requer maior necessidade de estudo clínico e de propostas de intervenção.

O artigo dos autores cita Brockington, que, em revisão de transtornos psiquiátricos pós-parto, concluiu que mulheres identificadas em triagem como deprimidas possuem na realidade uma condição heterogênea, que inclui transtornos de estresse pós-traumático, pânico, transtornos de ansiedade fóbica, obsessiva e generalizada. Assim, para Brockington, o

diagnóstico de depressão pós-parto tem valor como termo leigo, mas é impreciso como termo clínico. (ROWE; FISHER, 2010).

Rowe e Fisher (2010) apontam novos caminhos para a prevenção, sendo um deles o suporte que o/a companheiro/a pode oferecer à mulher na gestação e no pós-parto, dando grande ênfase à qualidade da relação e sua associação com a saúde mental pós-natal. (ROWE; FISHER, 2010).

Os autores consideram que a ansiedade pós-natal é tão importante quanto a depressão, não sendo facilmente distinguidas, e requerem uma atenção explícita. Eles elaboraram então um programa chamado “psico-educacional para pais e bebês”, que prevê atividades em grupo, atividades com o bebê, e cartilhas para pais. (ROWE; FISHER, 2010).

5.1 O pós-parto sob o ponto de vista da psicanálise

Do ponto de vista da psicanálise, o pós-parto pode ser pensado como um momento de luto para a mulher, onde a separação do filho que estava no útero trará novas significações e onde o nascimento, nos primeiros dias, pode trazer certo desequilíbrio psíquico. Inicialmente no contexto hospitalar e depois com a chegada em casa, a mulher passará por uma readaptação, na qual terá que se adequar à disponibilidade para a amamentação, entre outros pontos, como o sono, por exemplo. O sono do bebê não é regular e, conseqüentemente, o da mãe ficará desajustado.

Os primeiros dias do pós-parto são de certa fragilidade psíquica e, em meio a todas as questões relativas ao bebê, uma das primeiras decepções da mulher nesse período refere-se ao seu próprio corpo. Muitas imaginam que logo após o nascimento do bebê irão retomar suas formas anteriores e poder usar suas roupas preferidas. Segundo Szejer e Stewart (1997), isso pode ser entendido como um desejo de se reencontrar, ou, de reencontrar aquela que era antes da gravidez e que possuía um equilíbrio.

Assim, o nascimento do bebê marca o início de um luto, que também é luto pela própria gravidez, luto por seu corpo de menina, luto por sua posição de filha. Nesse momento, ao não ver em seu corpo um corpo capaz de seduzir, algumas mães passarão a se ocupar exclusivamente dos filhos, outras viverão o luto e sentirão a decepção de, no lugar do ventre antes cheio e ocupado, estar agora um saco de pele flácido e vazio. (SZEJER; STEWART,

1997). Após o luto, poderão sentir-se desejadas novamente e retomar suas vidas, negociando com seu parceiro(a) o lugar do corpo em suas relações.

A mãe em luto irá transferir para o bebê toda a sua atenção, negligenciando o autocuidado e sua vaidade. Nessa negligência também podemos enxergar uma forma de regressão. Uma regressão necessária, vivida durante o parto, a sentimentos primitivos e dos quais vai-se recuperando aos poucos.

As puérperas nesse estado de fragilidade são receptivas a qualquer palavra vinda do ambiente hospitalar ou familiar. Palavras que digam respeito a seu bebê: “ele é a cara do pai”, “ele é muito guloso”, “ele sabe o que quer”. São palavras que irão marcar o imaginário materno, muitas vezes, marcando também a criança!

Com relação à amamentação, Maldonado (2017) a julga de fundamental importância para o bebê humano por ao menos seis meses, tal como preconizado pelo Ministério da Saúde. A autora considera ainda que introduzir alimentos variados a partir do primeiro mês não traz benefícios nutritivos nem psicológicos, reduzindo a produção de leite materno à medida que sacia o bebê e diminui sua necessidade de sugar o seio. A introdução de outros alimentos antes dos seis meses de vida pode ter o efeito de diminuir a confiança da mãe na própria capacidade de alimentar o filho, sendo interpretado como uma desvalorização de suas próprias capacidades maternas. (MALDONADO, 2017).

Já Szejer e Stewart (1997) consideram a ideia de que uma boa mãe “deve” amamentar seu filho, culpabilizante e não inteiramente fundada. Segundo os autores, o recém-nascido recebeu anticorpos da mãe por via sanguínea e os conservará até que seu organismo os produza, por volta dos três meses. Assim, não valeria a pena forçá-la a amamentar quando ela não o suporta, sendo essa, inevitavelmente, uma forma de levar a mãe a sentir-se culpada, enquanto a criança, além de não usufruir bem da amamentação, ficaria exposta à angústia materna. Nesses casos, de acordo com os autores, seria interessante trabalhar com a mãe suas angústias a fim de melhorar para ela o aleitamento. Hoje em dia existem os chamados consultores em aleitamento materno, especialistas que trabalham com mães e bebês a facilitação desse processo, incluindo seus aspectos psíquicos e partindo da premissa de que amamentar é um aprendizado.

5.2 Algumas palavras sobre o *baby blues*

O chamado *baby blues*, estado em que o humor da mulher oscila consideravelmente, aparece em 70 a 90% das mulheres a partir do terceiro dia após o parto, durando alguns dias ou semanas. É preciso distinguir o *baby blues* das descompensações psíquicas graves que às vezes se seguem ao parto e podem durar vários meses.

Segundo Szeter e Stewart (1997), o *baby blues* é um estado de fragilidade e de hiperemotividade, no qual a mulher pode explodir em lágrimas, chorar durante meia hora, depois nem pensar mais no assunto. Seu humor volta ao normal e mais tarde chora por um detalhe sem importância. O choro é acompanhado de uma falta de confiança em si mesma e sentimentos de incapacidade.

Nesse contexto, qualquer dificuldade pela qual a mulher venha a passar será tomada por ela como um obstáculo intransponível. Enquanto muitos explicam o *baby blues* pela reviravolta hormonal, Szeter e Stewart (1997) apontam que tal explicação não seria suficiente. Segundo os autores, dois fatos observáveis colaboram para essa afirmativa: o fato de haver casos em que o *baby blues* acometeu mães de bebês prematuros e mulheres que adotaram filhos.

Ainda para os autores, mães de bebês prematuros não demonstram sintomas nos dias que se seguem ao parto. Apesar de estarem tristes por não ter o bebê ao seu lado, não demonstram essa labilidade humoral característica do *baby blues*, nem sentimentos de incapacidade e falta de confiança em si, apesar de estarem sob as alterações hormonais proporcionadas pelo parto. Porém, após um tempo, quer o bebê tenha ficado no hospital por um mês ou dois, quando chega o momento de ir para casa por volta do terceiro dia, eis que a mãe começa a chorar, junto com o sentimento de que não irá conseguir dar conta, de que não foi feita para isso: é o *baby blues* que começa a acontecer.

A mesma coisa ocorre nas mulheres que adotaram um filho e que não tiveram a gravidez, portanto não há hormônios em causa. Na observação de Szeter e Stewart (1997), dois ou três dias após a chegada em casa, essas mulheres atravessam estados depressivos com os mesmos sintomas: choro, tristeza, falta de confiança em si. Para os autores, esses três dias são o tempo necessário para a mãe compreender que o bebê é um outro, diferente em sua singularidade e originalidade. Diferente daquilo que a mãe havia imaginado durante nove meses.

Nesse terceiro dia, duas coisas acontecem: o grito dos recém-nascidos torna-se mais firme, mais forte, diferente daquele grito indistinto presente no nascimento, e, além disso, o

peso da criança começa a subir, após ter descido nos dois primeiros dias. Para Szeter e Stewart (1997), é o bebê começando a ocupar lugar na família, entre o casal. E esse lugar será concernente à sua posição na linhagem familiar.

É interessante os autores apontarem para o fato de mães de prematuros e mães de filhos adotivos passarem pelo *baby blues*. Refere-se justamente ao fato de não ser um momento marcado pelos hormônios, fato tão citado pelos profissionais e na literatura. Mas, como então tratar essa condição se nos descolamos dos hormônios? Como entender e oferecer atendimento a essa mulher que volta para casa com seu filho? E que ações em saúde pública podem ser pensadas visando essa dupla e essa família?

Passaremos à análise dos dados das entrevistas, para podermos tratar dos assuntos discutidos até aqui e para explorarmos essas questões mais de perto.

6 ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO

A realização da pesquisa de campo para este doutorado deu-se com a participação voluntária de oito mães usuárias da UBS Dr. José de Barros Magaldi, que se dispuseram a realizar a entrevista proposta por nós. Duas entrevistas foram realizadas presencialmente e seis foram feitas de forma virtual, pela plataforma *Zoom*. Uma entrevista foi realizada presencialmente com a psicóloga da UBS e com a enfermeira responsável pela saúde da mulher. Em todas as entrevistas foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (em anexo). Ao início de cada entrevista, foi explicado à participante o objetivo da mesma e seus benefícios.

Por se tratar de uma entrevista semiestruturada, contamos com roteiro previamente elaborado, que nos serviu de norteador. Tentamos sempre, deixar a participante o mais livre possível para falar, fazendo com que as perguntas do roteiro nos servissem apenas como guia.

Das entrevistas, surgiram três eixos temáticos, os quais são compostos pelas unidades de registro, tal como proposto pela análise de conteúdo de Bardin (1977). Os eixos temáticos e as unidades de registro, foram uma forma de decompor as entrevistas, realizando uma leitura das mesmas e, então, inferir aquilo que está latente a partir de seu conteúdo manifesto.

A seguir, daremos início à análise dos dados e à discussão destes.

Quadro 1 — Caracterização dos sujeitos da pesquisa

GRUPO	IDADE	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO	PERÍODO GESTACIONAL	GRAVIDEZ	TEM OUTRO FILHO?	ESTADO CIVIL
Mãe 1	27 anos	Ensino médio completo	Desempregada	Bebê está com 5 meses	Teve picos de hipertensão e pré-eclâmpsia	Tem 2 filhos, de 10 e 7 anos	Casada
Mãe 2	32 anos	Ensino médio completo	Trabalha em setor administrativo de restaurante	Bebê está com 3 meses	Gravidez de alto risco por hipertensão	Não	Casada
Mãe 3	32 anos	Técnica de enfermagem	Trabalha em vidraçaria própria com o marido	19 semanas	Gravidez normal	Tem 2 filhos, de 7 e 6 anos	Casada
Mãe 4	19 anos	Ensino médio incompleto	Auxiliar de cabeleireiro	22 semanas	Gravidez normal	Não	União estável
Mãe 5	27 anos	Formada em direito	Trabalha em escritório de advocacia	38 semanas	Gravidez normal	Não	União estável
Mãe 6	32 anos	Formada em secretariado	Trabalha em consultório médico	20 semanas	Gravidez normal	Não	Namora
Mãe 7	23 anos	Ensino médio completo	Babá	Bebê está com 3 meses	Gravidez normal	Tem 1 filha de 2 anos e 6 meses	Separada
Mãe 8	29 anos	Ensino médio completo	Desempregada	Bebê está com 5 meses	Gravidez de alto risco	Tem 1 filha de 4 anos	Casada

Fonte: Elaboração própria.

O quadro 2, abaixo, compõe os eixos temáticos e as unidades de registro. De acordo com o proposto por Bardin (1977) para análise de conteúdo, realizou-se leitura flutuante das entrevistas, havendo formulação de hipóteses e elaboração de indicadores. Sempre verificando se os dados obedeciam aos critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

Na segunda fase da pesquisa, os parágrafos e palavras-chave foram identificados, realizando-se uma primeira categorização, até chegarmos à categorização final e às unidades de registro. Emergiu, assim, um processo indutivo na busca de se compreender o sentido da fala e, também, seu sentido latente.

Quadro 2 — Eixos temáticos e unidades de registro

EIXOS TEMÁTICOS	UNIDADES DE REGISTRO
1. Discursos sobre a maternidade	1.1 O desejo de ter um filho X Gravidez não planejada 1.2 Ambivalências da maternidade 1.3 Relação com a própria mãe
2. Discursos sobre o corpo	2.1 Mudanças corporais/autoestima/autoimagem
3. Depressão/tristeza/ansiedade	3.1 Contribuições da psicanálise às questões do pós-parto 3.2 André Green e o “complexo da mãe morta” 3.3 Ferenczi e a criança mal acolhida: uma hipótese sobre a pulsão de morte 3.4 A questão das matrizes psicanalíticas e a matriz Ferencziana
4. Autocuidado	4.1 Modalidades de presença e dimensões do cuidado 4.2 Presença moderada como forma de produção de cuidado a partir do <i>baby blues</i>
5. Primeiros contatos com o bebê/relação com o bebê intraútero	5.1 O ritmo como organizador do psiquismo do bebê 5.2 Preocupação materna primária em Winnicott 5.3 Sobre a experiência de confiar
6. Covid-19	6.1 Gestantes, puérperas e vacinação

Fonte: Elaboração própria.

6.1 Eixo 1: Discursos sobre a maternidade

Para podermos pensar e refletir sobre as nossas hipóteses acerca das representações de mães sobre a maternidade, propusemos o primeiro eixo temático denominado “discursos sobre a maternidade”. Neste eixo procuramos agrupar as diferentes falas acerca desse ponto.

6.1.1 *O desejo de ter um filho X Gravidez não planejada*

A psicanálise nos aponta que desejar um filho não é o mesmo que planejar uma gravidez. A mulher e o homem, podem ter um filho em mente, porém, não estar planejando uma gravidez para aquele momento. O tempo do desejo e o tempo da realidade são diversos e não ocorrem, necessariamente, de forma simultânea. Assim, muitas vezes acontece o inesperado e o casal — ou a mulher solteira — é pego de surpresa numa gravidez não planejada. Essa notícia será diferente a depender da situação do casal ou da mulher em questão. Em nossa pesquisa, de todas as mulheres entrevistadas, apenas uma teve a gravidez planejada (Mãe 3). Uma outra (Mãe 7), tinha uma bebê ainda pequena quando engravidou e separou-se do marido aos dois meses de gestação. Essa mãe não desejou nem a primeira nem a segunda gestação. Uma terceira mãe (Mãe 1) estava desempregada e já tinha dois filhos, não desejando ter mais filhos nem agora nem depois. As outras cinco mães, não desejavam ter filho naquele momento, mas queriam ser mães ou ter outro filho.

A entrada da mulher no mercado de trabalho levou a uma sobrecarga, pois, além do cuidado com os filhos, acumulou o trabalho e os cuidados com a casa. Se trabalhar deixou de ser coisa só “de homem”, a escolha pela maternidade, embora com o advento dos anticoncepcionais e preservativos, continuou não sendo uma escolha a partir dos direitos reprodutivos (o que veremos mais adiante quando falarmos dos discursos sobre o corpo).

Vejamos o que disseram algumas mães:

“Quando eu descobri que estava grávida, assim, logo no começo foi um susto, porque em plena pandemia, e a atual situação do país, eu fiquei bem insegura.” (Mãe 1).

“Eu não pensava em ter filhos nova assim não. Pensava em ter depois dos 30, e como eu estava terminando a escola, eu ia fazer faculdade depois, assim que eu terminasse, aí eu não fiz por conta da nenê.” (Mãe 7).

“Eu tinha vontade de ter filho, sempre foi o sonho do meu esposo ter filho, ele adora criança. Mas não era uma coisa que eu queria agora porque eu pensava, ‘ah, daqui a três anos’. Eu penso muito em condições financeiras, como que você vai fazer?” (Mãe 5).

“Era o meu sonho ter filho [...] depois dos 30 [...] e como eu tenho um mioma, seria difícil engravidar. E aí eu parei de tomar o anticoncepcional, e a gente se cuidava, mas aí um dia aconteceu [risos]. Mas não foi planejada, porque ainda não somos casados.” (Mãe 6).

“Foi desejada e não planejada para o momento, a gente estaria se organizando para eu poder engravidar no futuro. Não seria agora, porque começou a pandemia, meu pai ficou doente, mas aí ela veio e foi um presente que Deus deu para a gente.” (Mãe 2).

Para Szejer e Stewart (1997), pode-se desejar um filho e inconscientemente não o desejar, por razões que dizem respeito à história particular de cada um. Ou, ao contrário, pode-se fazer de tudo conscientemente para não ter um filho, porém, o desejo inconsciente ser tão forte, que vai contra todas as decisões racionais tomadas. (SZEJER; STEWART, 1997). Podem ocorrer conflitos entre o desejo inconsciente e a vontade consciente, produzindo falhas, por exemplo, nos casos em que a mulher se esquece de tomar o anticoncepcional, ou quando um preservativo é mal colocado. Porém, se quisermos dar eventuais explicações para tais eventos, elas se relacionarão com as situações particulares de cada casal, ligando o evento da gravidez a seu contexto maior, e à condição na qual ela foi concebida.

Segundo Szejer e Stewart (1997), o desejo de ter um filho é uma coisa, e o projeto de ser pais, é algo bem diferente, que depende da forma como cada um se enxerga no futuro enquanto mãe ou pai. O que, por sua vez, tem a ver com os modelos parentais que cada um teve. Assim, cada mãe e cada pai projeta uma ideia de como seu companheiro ou companheira deveria se comportar enquanto pai ou mãe no futuro, projeção essa que, muitas vezes, não leva em conta aquilo que o outro realmente é. O outro, no que lhe toca, não tem necessariamente os

mesmos modelos parentais que o seu parceiro. (SZEJER; STEWART, 1997). Assim, será necessário para cada um realizar um luto de seus sonhos, de sua projeção, admitindo a realidade no momento de cuidar do filho.

Mattar e Diniz (2012) apontam para o fato de a maternidade ser uma “identidade forçada”, no sentido de não ser pautada pelo desejo da mulher ou do casal, sendo que ainda hoje as mulheres que optam voluntariamente por não ter um filho não são bem-vistas. A responsabilidade das mulheres sobre as crianças restringiu-as ao espaço privado, acentuando as desigualdades de gênero.

Com o objetivo de promover a não discriminação das mulheres, ao longo da segunda metade do século passado inúmeras convenções, tratados e planos de ação afirmaram os direitos humanos das mulheres, trazendo o entendimento de que estas são sujeitos de direito. Entre as principais convenções da Organização da Nações Unidas (ONU) está a Convenção Internacional para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, sua sigla em inglês). (MATTAR; DINIZ, 2012).

Cabe apontar aqui que, quando Mattar e Diniz (2012) falam em identidade forçada, estão falando de um atravessamento nos corpos femininos, de um discurso oriundo do Estado, da Igreja ou da sociedade, levando a que mulheres e homens não tenham uma autodeterminação sobre seus próprios corpos. Assim, quando a Mãe 2, em sua fala, diz que a filha foi um presente de Deus, aponta que a decisão de ter um filho foi atravessada pelo discurso religioso, cabendo a Deus definir qual a melhor hora para se ter um filho.

A mesma coisa se passa quando a Mãe 7 diz:

“O meu pai é bem rígido, ele tem um pensamento das pessoas antigas, que engravidou tem que casar, e eu não queria casar [...] Aí eu acabei tendo que morar junto, casei meio que sob pressão. Então foi muito difícil, porque não era o que eu queria, nada disso...”

É possível distinguirmos a vertente psicanalítica da vertente utilizada por Mattar e Diniz (2012), trazendo o discurso do feminismo e dos direitos reprodutivos, sendo viável, no entanto, operarmos com essas duas lógicas, visto que não são antagônicas. Uma, nos fala sob a ótica do desejo inconsciente e das razões conscientes que cada casal de pais, estejam eles unidos ou não, possuem para ter um filho. Outra, nos fala de quando homens e mulheres são levados a ter filhos

por decisões e discursos externos, mas que atravessam suas vidas, tais como o discurso religioso (pela proibição do aborto, por exemplo), bem como outros discursos que permeiam a sociedade. Uma leitura é de ordem singular e busca compreender as particularidades de cada casal; outra, de ordem social e universal. Ambas podem nos ajudar a entender os processos pelos quais passam pais e mães.

6.1.2 Ambivalências da maternidade

A ambivalência é o desejo de duas coisas contraditórias, incompatíveis, ao mesmo tempo. Porém, para realizar um desejo é necessário, forçosamente, renunciar a outro. A ambivalência faz parte da própria estrutura do desejo, inscrita no inconsciente. Algumas mulheres se sentem muito culpadas pelo sentimento de ambivalência, por exemplo, por desejar um filho e, ao mesmo tempo, querer continuar vivenciando suas “vidas de solteiras”. Algumas pessoas possuem a característica de ser intensamente ambivalentes, e outras, mais decididas, recalcam essa ambivalência constitutiva. Nos momentos mais difíceis em que se impõe uma tomada de decisão, a ambivalência retorna, tanto no homem quanto na mulher. Este é o caso da gravidez. (SZEJER; STEWART, 1997).

Vejamos alguns relatos das mães que denotam como a ambivalência se presentifica no momento de ter um filho:

“Eu queria outro filho, mas daqui a cinco anos, né? Aí a Karina¹ veio um ano antes. Eu queria ter um menino... Mas Deus preparou para vir outra menina... No começo foi um susto, né? Mas depois foi tranquilo.” (Mãe 8).

“O meu companheiro, ele ficou muito feliz, mas eu fiquei bem assustada, porque o meu filho mais velho já tem 10 anos, é uma diferença de idade assim bem grande, eu não planejava ter mais filhos. Fiquei bem apreensiva mesmo, por conta de você ter uma responsabilidade a mais, né, com três filhos. Mas depois fui me adaptando à notícia.” (Mãe 1).

¹ Este, e quaisquer outros nomes de pessoas que surgirem nesta tese, é fictício e foi trocado para preservar a privacidade de todos os envolvidos.

“Porque a gente brigava muito, desde o começo do namoro... Aí a gente acabou indo morar junto, por conta da primeira gravidez, mas a gente sempre brigou... Então por isso que a segunda gravidez também foi bem assim, porque eu sabia que era uma coisa que não ia dar certo. Assim, o amor pelo bebê é muito grande, não tem como explicar!” (Mãe 7).

“Eu tinha vontade de ter filho, sempre foi o sonho do meu esposo ter filho [...] mas não era uma coisa que eu queria agora, o que eu pensava, ah, daqui a três anos. E aí, do nada, eu estava grávida [risos]. Eu fiquei assim: ah, estou grávida. E agora? Agora estou grávida! Eu, desde quando engravidei, eu continuei a minha vida da mesma forma. E pior, eu entrei em uma pauleira e não parava. E a minha família tem aquele cuidado excessivo comigo, eu achava um absurdo eu não aceitava. Ainda meio que não aceito. Porque depois eu vou ter que me virar do mesmo jeito e com uma filha, e ninguém vai continuar fazendo a mesma coisa. [...] parece que a minha ficha não caiu ainda. Na minha cabeça é só eu me organizar, eu vou continuar dando conta... Só que nessa de vou dar conta, eu não estava dando conta.” (Mãe 5).

6.1.3 Significados da maternidade e relação com a própria mãe

A partir de alguns depoimentos falando sobre o que significa ser mãe e sobre sua relação com a própria mãe, podemos ver como as entrevistadas imaginam, idealizam e projetam sua relação com seu próprio filho.

“Para mim, ser mãe é ter a responsabilidade de ensinar, educar e acima de tudo é um amor incondicional. Você se dá sem esperar nada em troca. É um serzinho que você tem que construir, assim, o caráter. O lado mais difícil é dar o máximo de mim para que tudo ocorra corretamente na educação. A gente dá uma educação e não sabe se é esse o caminho que nosso filho vai seguir.” (Mãe 1).

“Com a minha mãe eu tenho uma relação, assim, muito boa. Eu sou muito apegada à minha mãe, eu sou a filha mais nova, né, então eu fui a última a sair de casa, assim, muito colada com a minha mãe [...] mesmo eu já casada tendo meus filhos. Ela que criou eu e minhas duas irmãs, ela e meu pai eram separados. Meu pai não foi tão presente, minha mãe que fez todo o papel de

criar, educar, alimentar. Eu tento passar tudo que foi passado para mim através da minha mãe, para os meus filhos. Eu quero levar essa educação, essa criação para eles também.” (Mãe 1).

“Para mim, ser mãe é algo muito importante, apesar de dar trabalho, né? A gente tem que tá prestando atenção em tudo ao seu redor e ao mesmo tempo prestando atenção nas crianças. Tem que corrigir quando é necessário, deixar brincar quando é necessário. A maior dificuldade é saber controlar os horários dos meus afazeres de casa, e os horários da alimentação das crianças, e os horários delas de dormir. E também poder achar um tempo para mim no meio de tudo isso.” (Mãe 8).

“Eu diria que a minha mãe passou para mim confiança e força de vontade, porque ela criou eu e os meus irmãos sozinha. A infância dela também não foi fácil, a mãe dela deu ela para ser criada por outro casal, ela morava na Bahia e veio para São Paulo com 13 anos. Ela também perdeu uma filha e depois perdeu um casal de gêmeos na gestação (choro).” (Mãe 8).

“Eu não sei ainda muito bem, porque não tive ainda a experiência de ter a minha filha, mas para mim vai ser tudo, porque eu sempre sonhei em ser mãe, então, para mim, vai ser uma coisa maravilhosa. Gerar uma vida, aquele ser depende 100% de mim. Então, é uma coisa maravilhosa, que não tem explicação. Um amor muito grande, mesmo eu não estando com a minha filha ainda.” (Mãe 4).

“Eu saí de casa para casar, a minha relação com a minha família ficou bem abalada, todos pararam de falar comigo. Agora melhorou bastante, depois que eu falei que tava grávida, voltei a falar com minha mãe e meu pai, que são os principais, a minha mãe eu nem falava antes. [...] no começo foi bem difícil, ter parado de falar, depois eu me acostumei, o meu marido me ajudou bastante. [...] sobre a criação da minha filha, o que me ajudaria bastante seria a criação do meu pai, meu pai sempre me ensinou muita coisa mesmo, me ensinou tudo da vida que eu sei até agora, mais do que a minha mãe. A minha família, eu não gosto muito de falar sobre eles.” (Mãe 4).

“A minha relação com a minha mãe hoje em dia é mais ou menos, com o meu pai é melhor. Eu sempre quis sair muito cedo de casa, porque eu não aguentava ficar em casa, a convivência da minha família. [...] minha mãe perdeu a mãe dela, eu tinha 3 anos. Minha mãe fala até hoje que me colocou no lugar da minha avó. Então para mim já é uma depressão. Não tem como me colocar no lugar de outra pessoa. Eu não vou ser a minha avó, a minha avó não vai voltar. Ela não podia curar uma dor com outra pessoa, que um dia vai ter que sair. [...] eu via que as mulheres cresciam, arrumavam um marido e casavam. E aí resumindo, casei e saí. E aí foi onde minha mãe se virou, minha mãe falou que não ia... Que para ela, eu tinha morrido. [...] e hoje eu percebo que eu não preciso da minha mãe para viver. Antes eu queria viver para poder estar com a minha mãe. Ou queria que a minha mãe vivesse para estar comigo. Hoje eu vejo que, assim, eu não sei perdê-la, eu não sei qual é esse sentimento. Mas eu prefiro estar distante para não sofrer.” (Mãe 3).

“Com 17 anos, na Bahia, eu falei ‘ah, quero fazer faculdade, vou embora para São Paulo’. Eu sabia que, ficando lá, não ia desapegar na minha mãe, ela ia continuar dependente de mim e eu não ia saber escolher o que fazer. Ou eu ajudava ela, ou eu estudava, ou eu tinha a minha vida. O que não mudou muito depois que vim para São Paulo, que eu continuei fazendo tudo. Eu estava aqui, mas nas minhas férias eu tinha que ir para ajudar ela na Bahia, mês de junho eu tinha que ir para ajudar ela. Meio que não desliguei. [...] até um passo que eu tava na rua, eu tinha que avisar ela. Então eu fui desvencilhando aos poucos: ‘mãe, eu tenho uma vida, eu sou casada agora, eu não tenho mais a minha vida 100% para vocês’.” (Mãe 5).

Os depoimentos das mães mostram uma maternidade idealizada, em que ser mãe surge como um mito que não pode ser manchado, e no qual as dificuldades não podem aparecer. Vejamos brevemente como essa questão da maternidade é vista a partir de Winnicott e, também, de uma autora que critica a psicanálise — Elisabeth Badinter — e que propõe a não existência de um amor maternal natural e instintivo.

Segundo Winnicott em seu texto *A mãe dedicada comum* (1971/1999) — ver adiante o subitem “A mãe dedicada comum”, na página 107 desta tese —, após nove meses de gestação a mãe estará preparada para uma experiência na qual ela sabe quais são as necessidades do bebê. (WINNICOTT, 1999). O autor aponta que não se refere às coisas do tipo “quando o bebê está com fome ou sede”, mas refere-se ao verbo **segurar**, ampliando seu significado para abranger

tudo aquilo que uma mãe faz e é. (WINNICOTT, 1999). Segundo ele, nesse ponto as mães agem naturalmente pois sabem, sem aprender nos livros, o que fazer com seus bebês.

Será a partir do *holding*, então, que a mãe permitirá também à criança fazer experimentações em seu desenvolvimento, propiciando que a “constituição da criança comece a se manifestar, para que as tendências ao desenvolvimento comecem a desdobrar-se” (WINNICOTT, 1956/2000, p. 403).

De acordo com Campana *et al.* (2019), há um conjunto de três funções que a mãe deve desempenhar junto a seus filhos: o *holding*, o *handling* e a apresentação dos objetos. Não iremos tratar aqui dessas três funções, apenas as pontuamos para que apareçam como parte da função materna. Para Campana *et al.* (2019), para além da oferta de um colo, o bebê precisa ser segurado, sustentado (*holding*), a partir de um estado psíquico materno que lhe ofereça continência e, para que isso ocorra, a mãe deve ser capaz de se identificar com o bebê. Assim, a função do *holding* está intimamente atrelada à entrada no estado de preocupação materna primária (que veremos adiante).

Ainda conforme Campana *et al.* (2019), de acordo com a teoria, a capacidade da mãe para se adaptar às necessidades do bebê não está relacionada à sua inteligência ou ao conhecimento adquirido, aprendido nos livros, tal como pontuado por Winnicott inúmeras vezes. A aptidão da mãe, ao contrário, vem da sua própria experiência de ter sido um bebê e de ter recebido cuidados, que é o que permite com que ela se identifique com seu filho.

Para os autores não haveria diferenças entre homens e mulheres nesse aspecto, uma vez que homens também já foram bebês um dia e receberam cuidados. Assim, Campana *et al.* (2019) propõem que se fale em “preocupação parental primária”, colocando mãe e pai lado a lado, a oferecer *holding* ao bebê.

Badinter (1985) critica Winnicott severamente pelo fato de não conferir importância ao pai, dando a ele apenas certo crédito na educação das crianças. Segundo a autora, para Winnicott, seria razoável a ideia de o pai não se interessar pelo seu bebê, não precisando estar o tempo todo presente, apenas o suficiente para mostrar ao filho que é real e está vivo.

Inúmeras críticas já foram feitas à Winnicott, inclusive por psicanalistas, no que tange à questão do pai. Como vimos no exemplo de Campana *et al.* (2019), outros autores têm, hoje em dia, encontrado formas de utilizar-se da teoria de Winnicott ao mesmo tempo em que mantém a preocupação com o pai e com a função paterna.

Segundo Badinter (1985), as mulheres sofreram por séculos com a ideia de uma devoção natural. Porém, baseada em exemplos de maus tratos a crianças, depoimentos de mães dizendo-se sufocadas pelos filhos, a autora coloca em xeque o amor espontâneo e o devotamento natural da mãe ao filho. A autora conclui que, não só nos dias de hoje como há muito tempo, existem não só pais como também mães que nutrem sentimentos ruins por seus filhos. (BADINTER, 1985).

Algumas décadas após a revolução sexual e com o início da entrada da mulher no mercado de trabalho, ela começou a afastar-se das tarefas domésticas e também do convívio com os filhos. Os homens, cada vez mais, passaram a participar dos cuidados com os filhos e da vida doméstica. Embora a mulher esteja sempre mais sobrecarregada, há uma visível mudança de costumes e de valores.

Os depoimentos das mães mostram justamente esse mito, em que o materno aparece como um “amor incondicional” no qual “eu tenho que dar o máximo de mim para que tudo ocorra corretamente”. A maternidade é vista como uma “coisa maravilhosa”, que “eu sempre sonhei”. As mães parecem não querer demonstrar em seus depoimentos o lado difícil da maternidade, as dificuldades pelas quais passam, os desafios, correndo o risco de manchar o mito tão bem construído socialmente e que não permite que as ambivalências apareçam. Ao final deste trabalho, veremos de que maneira a saúde pública pode trabalhar de forma a não permitir que a violência contida no mito do amor materno continue se perpetuando junto às mães, fazendo com que estas se sintam sobrecarregadas de tarefas e, muitas vezes, escondendo suas insatisfações com a maternidade.

Por sua vez, ao falar da relação com a própria mãe, essas dificuldades aparecem quando dizem “a minha mãe parou de falar comigo quando saí de casa para casar”, “a minha mãe me colocou no lugar da minha avó [...] é uma depressão [...] eu casei e saí de casa [...] minha mãe falou que para ela eu tinha morrido”.

6.2 Discursos sobre o corpo

6.2.1 Mudanças corporais/Autoestima/Autoimagem

“O meu maior problema antes da gravidez era o tamanho da barriga, hoje não, hoje minha barriga vai crescer para frente mesmo, estou grávida. Agora eu estou evitando comer muito... Visão de gordo é sempre assim: quer comer aquilo que ele vê. E quanto mais tempo ele passa sem comer, mais coisas ele vai ter que comer. Eu já estou com obesidade grau 2, antes de engravidar eu já estava. Mas eu cuido na questão alimentar para não comer muito, para mim também depois não sofrer muito.” (Mãe 3).

“Me sinto mais ou menos... Porque como teve a pandemia, eu engordei muito, aí eu fiquei muito diferente do que eu era antes, mas agora eu emagreci muito, emagreci seis quilos por causa da gravidez, porque eu passo mal todo dia.” (Mãe 4).

“A questão do sobrepeso, que assim, eu fiquei bem insegura... Nas outras gestações eu não estava tão acima do peso, porque até então, nessa pandemia, assim, eu ganhei mais peso, aí veio a gestação, e eu fiquei assim bem apreensiva de eu ganhar muito mais peso. Tanto que, assim, os dois primeiros meses, eu cheguei a ganhar quatro quilos a mais, de um mês para outro, assim, eu perdi sete quilos. Então, eu acabei a gestação com um peso menor do que quando eu comecei, mas porque eu fiquei muito apreensiva, então assim, não que eu deixei de comer, mas assim, pelos sintomas da gestação, que eu tive bastante enjoos, essas coisas, eu acho também que pelo meu emocional mesmo, eu acabei perdendo peso. [...] porque o meu psicológico também ficou muito nisso ‘ah eu não posso ganhar muito peso porque eu já estou acima do meu peso...’” (Mãe 1).

“Me sinto super bem, supersatisfeita com meu corpo... A barriga está pequenininha ainda [...] a minha família tem uma genética muito boa, eu acho que não vou ter nenhum problema com isso. Alimentação está 99% saudável agora, nunca me alimentei tão bem.” (Mãe 6).

“Eu fui acompanhada no alto risco por conta da minha pressão, que era alta, mas sempre a pressão controlada, e aí a minha gravidez foi bem. Aí no final eu descobri que eu estava com câncer de mama e não podia amamentar a minha filha, mas está indo tudo bem até agora, graças a Deus. [...] Durante a gravidez eu me senti muito bem comigo mesma, fisicamente me senti bem, sempre disposta... E agora eu só pretendo emagrecer mais um pouco [...] eu sempre fui gordinha eu sempre fiquei nessa de tentar emagrecer, só que durante a minha gravidez eu não engordei tanto, eu fiquei bem. Eu acho que agora, assim, às vezes, como eu fico muito ansiosa com tudo, às vezes eu acabo comendo mais.” (Mãe 2).

“Eu descobri a gravidez na Bahia e depois, quando eu voltei, uns quinze dias depois, eu tive uma perda de sangue. Eu estava com a placenta baixa, mas não era considerada baixa pelas semanas que eu estava. Tive muito enjoo no início, mas depois do quarto, quinto mês, passou. Continuei bem. O que estou começando a sentir nesse finalzinho é um inchaço, que eu já esperava. Minha mão está inchando, formigando muito, endurece os dedos. Mas eu estou no final [...] não parei, estou fazendo as coisas.” (Mãe 5).

“Eu tive enjoo, a minha pressão subiu, a minha diabetes descontrolou, tive que usar insulina, porque só com a dieta não controlava. Depois que eu ganhei a nenê, a diabetes normalizou. A pressão ainda estou acompanhando. Então eu fiz acompanhamento no alto risco. Mas o parto foi normal. [...] voltar o corpo como era antigamente, bem difícil, né? (choro)” (Mãe 8).

Tal como apontado por Teixeira, Matsudo e Almeida (2008), na gestação existe um conflito entre autoimagem e corpo idealizado, onde toda grávida deve passar por uma adaptação à sua nova imagem. Como vemos nos depoimentos das mães, há uma grande preocupação com o aumento de peso. Algumas mães já estavam com sobrepeso antes da gravidez e referem ter emagrecido ao longo da gestação. Algumas associam os enjoos aos fatores emocionais, outras, não cogitam essa hipótese, apenas dizendo ter sentido muita ansiedade durante a gestação.

Meireles *et al.* (2017), associam uma imagem corporal negativa na gestação a um elevado Índice de Massa Corporal (IMC), atitude alimentar inadequada, baixa autoestima e altos níveis de ansiedade. Como podemos ver nos eixos temáticos autoestima e depressão/ansiedade/tristeza — fazendo um cruzamento de ambos, como no eixo “discurso

sobre o corpo” —, as mães apontam, em sua maioria, para uma baixa autoestima na gravidez, com bastante ansiedade e, às vezes, depressão no período pré-gravídico.

Sua imagem corporal, na maioria, revela-se parte negativa e parte positiva, havendo preocupação com o sobrepeso e o sentimento de não estar bem ou bonita.

Meireles *et al.* (2015) apontam para o fato de que na gravidez existe um relaxamento da pressão para se atingir o corpo ideal, sendo que o aumento da gordura é tolerado e até apreciado por algumas:

“Antes de engravidar eu estava com a autoestima meio ruim por causa da estética, eu estava bem gordinha. Hoje a minha barriga vai crescer para frente mesmo, porque eu estou grávida. Eu vou passar em todos os lugares e as pessoas vão falar ‘nossa, ela está grávida!’, ‘nossa, olha o barrigão daquela grávida!’, mais ou menos assim, entendeu? Então hoje eu estou bem.” (Mãe 3).

Falando sobre autoestima propriamente dita:

“Eu quero ser uma grávida bonita [risos]. Não quero ser uma grávida desajeitada, né? Eu acho que eu preciso trabalhar, eu preciso me arrumar, eu preciso estar bem, para mim ter uma gravidez boa, uma gravidez tranquila. [...] eu estou muito independente, eu me sinto completa. O que eu preciso fazer, eu faço, eu não espero ninguém fazer, entendeu? Hoje, nessa gravidez e na gravidez anterior, eu não precisei do outro para estar feliz, entendeu? Eu não perdi nenhum membro do meu corpo, pelo contrário, eu já tenho um membro dentro de mim, entendeu? Membro não, uma vida dentro de mim, então eu preciso estar bem para poder seguir. Eu acho que eu acredito muito em transmissão. Que a mãe transmite sim o sentimento do filho, que a mãe faz uma gravidez boa através dela mesma. Autoestima... não é feita pelo outro. Autoestima é você fazer a sua autoestima.” (Mãe 3).

“Depois da gravidez, é que a autoestima anda meio abalada ainda. É que assim... Você não tem tempo de fazer nada, fica mais largada. Eu antes era mais vaidosa, agora não dá tempo.” (Mãe 8). (A mãe chora ao falar sobre o corpo, a entrevistadora percebe que o assunto a incomoda

bastante, que ela não se sente à vontade para falar sobre isso — ver eixo temático depressão/ansiedade/tristeza, na página 82 desta tese.)

“Às vezes me sinto bonita e às vezes não. Eu estava me cuidando, eu tinha emagrecido bem antes de engravidar, estava fazendo academia e tal. Depois que eu engravidei não é que eu desleixei, mas eu tento estar sempre confortável. Falo ‘gente, não tem como, eu estou com barrigão’. Mas eu quero poder voltar aos poucos, então tipo, poder voltar para a academia. Eu acho que mais o meu esposo que puxa essa questão de me arrumar. Ele briga muito comigo. Mas eu não ligo muito se eu estou de camiseta, se eu estou de short, se a calça é folgada, sabe? Agora que a minha barriga cresceu, nem as batinhas estão servindo mais.” (Mãe 5).

“Agora, no final da minha gestação, eu descobri o câncer de mama, até o momento eu já passei pela cirurgia e agora estou aguardando para passar com o oncologista para saber se eu vou fazer quimioterapia ou radioterapia. A gente fica sem entender ‘porque eu estou passando por isso nesse momento?’, e eles falaram que se eu fizesse quimioterapia, eu teria que congelar os óvulos, porque não teria como eu ficar grávida novamente. Durante a gravidez eu me senti muito bem comigo mesma, sempre disposta. Eu sempre me cuidei, continuo me cuidando. mas agora um pouco mais de cautela. Não posso fazer nada sozinha, não posso pegar peso, não posso fazer muito movimento com o braço direito que é o lado da cirurgia. Então sempre está ou a minha mãe ou meu marido me auxiliando. Mas eu sempre gostei de lavar o meu cabelo, de fazer uma escovinha, passar um esmalte na unha, fazer uma sobrancelha, sempre gosto de estar bem comigo mesma.” (Mãe 2).

“Nas duas gravidezes, assim, eu não gostava de me ver grávida, eu não me sentia bem, não me sentia bonita. Mas, na primeira, eu ainda conseguia tirar fotos, essas coisas, mas nessa última agora, nem isso, eu não tinha essa vontade. Eu só saía na rua quando eu era obrigada, alguma coisa que só eu poderia fazer, que não tinha como não fazer, mas eu não gostava nem de sair assim. Na gravidez dele eu fiquei pior. Eu acho que foi, assim, vergonha, sabe? Eu não gostava que as pessoas me vissem grávida, não. [...] porque eu tinha acabado de me separar, aí voltei para casa dos pais, aquela situação, assim, medo de as pessoas comentarem, aí eu não gostava. [...] eu me cuidava mais antes, depois da primeira gravidez eu desleixei. [...] as brigas afetaram muito [referindo-se às brigas que tinha com seu ex-marido].” (Mãe 7).

“Momento bem delicado, agora que eu sou gestante, eu acho que é bem delicado. A gente fica mais sensível. As pessoas têm que pensar antes de falar. Fica mais emotiva. Eu sempre achei mulher grávida linda [risos]. Estou me achando lindíssima, deslumbrante. Não sou casada ainda, mas estou sendo supercuidada, meu namorado, a família dele, minha família, todo mundo. Não tive nenhuma dificuldade nessa gestação [...] muito serena.” (Mãe 6).

“Nessa gestação, eu fiquei bem insegura com o sobrepeso. ... eu fiquei bem relaxada, eu não tinha muita vontade de fazer muita coisa, tipo, ‘ah, eu vou fazer uma escova no cabelo, passar uma maquiagem...’ Eu não... Essa gestação eu não tive vontade. [...] até também a questão de ficar indisposta, porque antes da gestação, assim, você fica mais ativa e tal, e eu já não, na gestação eu fiquei bem indisposta, não queria andar muito, não queria sair muito, então acabava que assim, eu não fiquei assim vaidosa.” (Mãe 1).

6.3 Depressão/Ansiedade/Tristeza

Passemos agora ao eixo temático que aborda a depressão, a ansiedade e a tristeza. Veremos primeiro o relato das mães para, em seguida, realizarmos uma abordagem teórica a partir da psicanálise. Mas, antes, vale uma consideração. Nesse eixo temático e nos dois seguintes — que são: Autocuidado e Primeiros contatos com o bebê/Relação com o bebê intraútero —, utilizaremos unidades de registro partindo da teoria psicanalítica. Fizemos essa escolha, pois, verificamos que o que estava em pauta nesses eixos, tinha a ver com os temas propostos nas unidades de registro, ou seja, aquilo que a teoria discute vem de encontro com o que acreditamos estar em jogo para as mães nesse momento e, dessa forma, pensamos fazer um entrecruzamento teoria/discurso das mães que pudesse explicitar suas vivências para além do sentido manifesto.

Iniciemos pelas falas das mães:

“A minha melhor amiga se suicidou esse ano (2021) um pouco antes de eu engravidar. Eu fiquei muito mal, mas quando eu descobri a gravidez, eu fiquei um pouco melhor, por saber que uma coisa que eu queria tanto veio. [...] mas fica difícil esquecer um pouco. Tem dias que meu humor vai lá para baixo, que eu não estou nem um pouco bem. [...] vem do nada, fico triste do nada,

assim. Mas como eu já tive depressão e ansiedade, então ataca às vezes, sabe? [...] foi bem difícil na época, quando eu tive depressão, eu tomava uns remédios bem fortes [...] teve muita coisa a ver com a minha infância, com o meu avô, aí causou isso. *Bullying* também, que eu sofria quando era pequena. Eu fui vítima de estupro quando fui pequena, do meu avô, e antigamente eu mal conseguia falar sobre isso, mas agora vou falar para ajudar outras pessoas. Quando aconteceu isso comigo, eu não contei para ninguém, ninguém da minha família soube disso. Então eu tive crises de ansiedade, palpitação e tudo. Acho que por eu ter ansiedade, por ter a depressão, eu comecei a ter problema no coração, asma, aí dados esses problemas todos, eu trouxe isso comigo.” (Mãe 4).

“Sim, já tive tristeza sim. Foi mais no pós-parto. Às vezes para, as vezes vai embora, às vezes volta. [...] aí eu fico estressada, já me estouro. Aí eu tenho que ficar sozinha, se eu ficar perto de alguém, eu vou arrumar briga. Eu fico quieta no meu canto. Eu vou para o meio do quintal [risos], fico lá sentada. Ajuda, porque daí você não pensa em mais nada. Você só pensa naquilo porque você não tem nada para pensar.” (Mãe 8).

“Assim, eu tenho histórico de depressão... Ah, a depressão não é só aquela depressão profunda, mas a depressão por outras coisas, que as pessoas acreditam que a depressão é um luto que tem dentro dela [...] hoje eu procuro ser uma pessoa bem comunicativa, para não chegar ao ponto que algumas pessoas chegam, entendeu? Às vezes a falta de comunicação faz com que as pessoas, elas se perdem dentro delas, sem saber o que está se perdendo, entendeu? A minha mãe é uma pessoa muito deprimida [...] eu faço terapia com uma psicóloga [...] um dos motivos maiores que eu fui, foi por causa do meu convívio com ela. Quando a pessoa não se encontra dentro dela, e ela quer viver a vida do outro, ou ela quer estar junto com o outro, entendeu? Ela tem um vazio, e nesse vazio que ela tem, ela não procura saber o porquê aquele vazio existe e esse vazio vai às vezes ocupando a vida dela. A minha família, uma boa parte é alcoólatra por depressão. A minha família, sei lá, é estranha. Então assim, eu faço de tudo para não ser igual, entendeu? [...] eu tentei até suicídio [...] mas vi que eu realmente precisava saber como que confrontava esse lugar, porque eu não tinha como tirar esse lugar de mim, que é a minha família. Não tem como tirar eles de mim.... Então, hoje, eu prefiro estar distante para não sofrer, porque eu perto, eu sofro mais. Porque eu vejo que ela precisa de ajuda e ela não aceita, ela é possessiva, entendeu?” (Mãe 3).

“Durante a gestação eu fiquei bem indisposta, sabe? Logo no comecinho eu não queria sair de casa, fiquei muito deitada, assim, acho que foi mais por conta de assimilar tudo isso. Igual eu falei, por conta da pandemia. [...] Então não queria sair muito, já assim por medo mesmo. Talvez tenha sido uma depressão por curto tempo, depois não continuou, eu fui assimilando mais a notícia e fui me cuidando, aí tive um pouco mais de disposição.” (Mãe 1).

“Tive muita ansiedade, eu acordava e dormia só pensando em como seria para sustentar duas crianças. Depressão não tenho, eu posso ter momentos [...] momentos que eu fico muito triste, muito para baixo, mas não sei dizer se é depressão, porque eu me sinto mal desde quando eu estava casada, mas eu acredito que é mais pelo relacionamento que pelas crianças.” (Mãe 7).

“Eu descobri que estava grávida, fiquei feliz, aí meu pai adoeceu, acabou falecendo em janeiro, em seguida disso eu descobri o câncer de mama já no final da gestação, então foram duas coisas muito difíceis [...] quando ela nasceu, fiquei muito feliz, mas ao mesmo tempo fiquei triste, porque não pude amamentar ela, eu tinha que correr para poder secar o leite para poder fazer a cirurgia. Eu estava muito ansiosa pela cirurgia e com um pouco de medo também. Fiquei triste também, porque tudo o que eu queria um dia era que meu pai tivesse a oportunidade de conhecer minha filha. E aí quando eu cheguei em casa foi alegre, mas aí estava faltando o meu pai. Eu tinha muito medo e ansiedade antes da gravidez porque meu pai passava muito mal por conta da bebida. Então eu tinha medo dele morrer, eu ia trabalhar preocupada, fui ficando meio que maluca. E aí eu comecei a fazer o tratamento com psicólogo e psiquiatria, por um ano e meio tomei Escitalopram, foi antes de engravidar. [...] fui ficando bem, fui ficando mais calma, mais tranquila. Mas ainda tenho alguns medos, relacionados a outras coisas, como dirigir. Também tenho medo e fico preocupada com esse problema da doença. As pessoas falam que quando você recebe a notícia é como se você tivesse recebendo a sentença da morte. [...] Eu estou indo um dia de cada vez, mas fico preocupada.” (Mãe 2).

“No final da faculdade, comecei a ter início de depressão, ansiedade, passei supermal. Terminei a faculdade, eu fui no posto por conselho de amigas, procurar uma psicóloga, comecei a tomar remédio. [...] mas eu acabava que sempre dando preferência ao trabalho do que me cuidar. [...] aí eu parava, ficava um tempo sem ir, e voltava de novo. Aí veio a pandemia, tudo parou. Aí foi um ano bem complicado também, tive vários ataques de ansiedade, fui no posto, a Doutora

Marcela (psicóloga) me atendeu, no atendimento de urgência. Quando foi liberando as consultas, voltei a acompanhar com o Doutor Evandro (psiquiatra). No início da minha gravidez, voltei a ter as ansiedades todas de novo, até porque a minha gravidez não foi planejada. [...] meio que caiu de paraquedas, e a ficha ainda não está caindo [está grávida de 38 semanas]. Foi em um momento que ano passado foi pandemia, eu fiquei totalmente parada. Esse ano veio oportunidades, meu esposo conseguiu abrir uma empresa, eu sou sócia com ele. Então, quando a nossa vida estava toda mudando, coisas novas chegando, trabalho pela frente, eu fiquei grávida [risos]. Então para mim foi muito complicado, ainda está sendo, viver tudo isso. Eu ainda não consegui me desligar... Porque na minha cabeça eu vou conseguir dar conta de tudo, só que eu não estava dando conta.” (Mãe 5).

“Apesar de ter tido uma história um pouco dramática, né, de crescer órfã e tudo, mas eu levo super bem. Eu tive uma avó excelente, que trabalhava o psicológico, então ela não deixou isso acontecer. Então eu lido super bem.” (Mãe 6).

Vejamos de que maneira a psicanálise pode contribuir com as questões relacionadas ao pós-parto, a partir do trabalho de Green e Ferenczi.

6.3.1 André Green e o complexo da mãe morta

Green (1988), em importante artigo chamado *O complexo da mãe morta*, nos fala da metáfora da mãe morta, à qual ele chegou a partir do atendimento psicanalítico de pacientes que, em seu relato na vida adulta, acabou-se descobrindo a vivência de uma depressão infantil — que não se deu, porém, pela perda real de um objeto. Essa depressão deu-se na presença do objeto de amor que se encontrava, este sim, imerso num processo de luto, levando a uma diminuição do interesse pela criança em questão. (GREEN, 1988).

Os motivos do luto da mãe, segundo Green (1988) podem ser diversos, desde uma perda na família, uma separação, a uma humilhação por parte do marido. Pode ser que nunca se fique sabendo a causa desse luto ou, pode-se vir a saber quando na fase adulta. O importante é que a mãe passa por uma mudança avassaladora. O bebê pode ter tido a experiência rica em investimento psíquico, com uma mãe alegre, e subitamente sofrer um abalo, ou, pode já ter

nascido num ambiente de luto, onde esse investimento não acontece desde o início. Green (1988) nos fala do “desinvestimento súbito” da mãe como uma catástrofe na vida psíquica da criança. O pequeno bebê interpretará esta decepção como a consequência de suas pulsões em direção ao objeto materno (GREEN, 1988).

Após tentar reparações por parte da mãe absorta em seu luto — esta mãe que está sempre triste, indiferente, nunca disponível —, o Eu do bebê irá colocar em ação uma série de defesas. A primeira delas é o desinvestimento do objeto materno, e a segunda, a identificação inconsciente com a mãe morta. O desinvestimento, que se trata de um desinvestimento afetivo, será, segundo Green (1988), um assassinato psíquico da mãe. O resultado disso será um vazio na trama das relações com ela, afetando as futuras relações de objeto daquele sujeito. (GREEN, 1988).

A segunda defesa que o Eu irá encontrar será a identificação com a mãe, porém, ele não irá se deparar com a mãe alegre e vivaz, pronta a realizar os investimentos narcísicos necessários ao bebê, mas, sim, com a “mãe morta”. Assim, após algumas tentativas de reações fracassadas, tais como uma alegria artificial e agitação, o Eu irá, numa espécie de mimetismo, se identificar com o vazio deixado pela mãe, processo que se dará de modo totalmente inconsciente, segundo o autor. (GREEN, 1988).

Ele sublinha o fato de que esse processo de identificação com o vazio deixado pela mãe equivaleria, para a criança, a se deixar morrer. (GREEN, 1988). Essa observação nos leva a um artigo, muito anterior a Green, do psicanalista Sándor Ferenczi, o qual também fala do bebê que nasce em um ambiente de desinvestimento psíquico.

6.3.2 Ferenczi e a criança mal acolhida: Uma hipótese sobre a pulsão de morte

No texto *A criança mal acolhida e sua pulsão de morte*, de 1929, Ferenczi chama a atenção para aquelas crianças que não foram bem-vindas na família quando de seu nascimento. São crianças cujas famílias passavam por situações de adversidade, tais como um luto, uma separação, dificuldades financeiras ou outras. Na ocasião, essas crianças registraram os sinais conscientes e inconscientes de aversão ou impaciência de suas mães. Acabaram por se tornar, na vida adulta, segundo Ferenczi (1929), pessoas pessimistas, desconfiadas, com inaptidão para o trabalho, com certo infantilismo emocional e dificuldades de adaptação às situações. Também

se mostraram, quando em análise, pacientes que tinham que lutar contra tendências e pensamentos suicidas.

Segundo o autor, a pulsão de morte para essas pessoas pareceu predominar desde o começo da vida, quando suas mães e pais não puderam oferecer um ambiente favorável e acolhedor (WINNICOTT, 1983) para que pudessem se desenvolver. A questão da depressão pós-parto se coloca aí presente, enlaçando a pulsão de morte ao momento da chegada do filho.

6.3.3 A questão das matrizes psicanalíticas e da matriz ferenciana

Figueiredo e Coelho Júnior (2018) nos falam da existência de duas grandes matrizes psicanalíticas para a compreensão dos adoecimentos psíquicos. Uma delas é a matriz freud-kleiniana, e outra, a matriz ferenciana. A primeira, é centrada nas angústias e nos mecanismos de defesa contra elas, sendo considerada defesa ativa. A segunda supõe que existem intensidades de sofrimento que ultrapassam as possibilidades ativas do psiquismo, deixando-o provisória ou definitivamente inerte, em estado de morte ou quase morte. (FIGUEIREDO; COELHO JUNIOR, 2018).

Nesse último caso, a pulsão de morte está comprometida com a inércia, a passividade, o desligamento da vida. Diz Ferenczi: “A criança deve ser levada, por um prodigioso dispêndio de amor, de ternura e de cuidados, a perdoar aos pais por terem-na posto no mundo sem perguntar qual era a sua intenção, pois, caso contrário, as pulsões de destruição logo entram em ação.” (FERENCZI, 1929/1992, p. 58).

Assim, Figueiredo e Coelho Júnior (2018) denominam os adoecimentos da matriz ferenciana de “adoecimentos por passivação”. Segundo os autores, há nessa matriz um caráter limitado das atividades somatopsíquicas diante de certas exigências de trabalho psíquico. Essa limitação seria resultante das defesas passivas, o deixar-se morrer, anestesiarse, o congelar e o paralisar. É um momento no qual as angústias ainda não chegaram a se formar, os adoecimentos por passivação seriam anteriores àquele da formação das angústias.

Osmo e Kupermann (2012) esclarecem que o trauma patogênico em Ferenczi ocorre em dois tempos. O primeiro momento do trauma poderia ser chamado de “choque”, onde um acontecimento age de forma esmagadora sobre o sujeito, sem que ele possa oferecer resistência.

O choque é sempre súbito, para ele nunca se está preparado, e equivale à aniquilação do sentimento de si. (OSMO; KUPERMANN, 2012).

O grande desprazer gerado pelo trauma terá como uma das possibilidades de fuga a autodestruição: sobrevirá uma desorientação psíquica, gerando a suspensão de toda espécie de atividade psíquica. É um estado de paralisia sensorial, que não deixará nenhum traço mnêmico dessas impressões, ou seja, as origens do choque serão inacessíveis à memória. (OSMO; KUPERMANN, 2012).

Não nos interessa aqui apresentar as construções que Ferenczi realizou sobre os posteriores tempos do trauma, uma vez que não tem a ver com nossa pesquisa. Interessa-nos indagar suas proposições a respeito do bebê imerso num meio ambiente que lhe imprime pulsões de morte, deixando-o sem condições de reagir, e imerso em um estado de desorientação psíquica e paralisia sensorial tal qual discorrem Osmo e Kupermann (2012).

Esse adoecimento psíquico por passivação (FIGUEIREDO; COELHO JUNIOR, 2018) se aproxima do adoecimento proposto por Winnicott e ao qual ele dá o nome de “agonia impensável”. Ocorre quando o meio ambiente falha muito precocemente, e o bebê não possui defesas organizadas diante de tais situações, reagindo com agonia e passividade. (COELHO JUNIOR, 2018).

Refletindo sobre os relatos das mães, percebemos diversas exposições de ansiedade durante a gestação e o pós-parto. Com relação ao pós-parto, caracterizamos a incidência do *baby blues*, tristeza comum do pós-parto. Tal como apontado por Silva Cruz *et al.* (2005), os sintomas são, na maioria das vezes, atribuídos ao cansaço, e ao desgaste do pós-parto, passando despercebidos pela própria mãe, parceiro/a e familiares.

Sobre a distinção entre os sintomas de tristeza e cansaço, e a depressão pós-parto propriamente dita, iremos recorrer aos depoimentos da enfermeira de saúde da mulher entrevistada por nós na UBS Magaldi. Diz ela:

“Eu considero que talvez a questão mais crítica da saúde mental seja o puerpério. É uma fase muito difícil para a mulher, psicologicamente, ali ela se vê talvez em um momento sozinha, com filho, com uma mudança de corpo, tendo que acordar várias vezes à noite, não tendo o seu sono. E a maioria dos parceiros não é participativo. [...] então, a gente fala ‘olha, se você tiver um acesso de choro e não parar, se você não quiser mais pegar o seu bebê, se você não quiser mais amamentar, vamos conversar’. Em outro lugar que eu trabalhava, não aqui, realizávamos

grupos, na supervisão da família, nós pesávamos o bebê, se ele tivesse um pouco abaixo do peso, a gente vinculava daqui uma semana. Pra entender que, realmente era a questão da dificuldade da mãe dar o peito ou se podia ser uma questão psicológica, que a mãe não queria dar o peito, que a mãe estava negligenciando aquele cuidado por ‘n’ motivos. O primeiro sinal de uma depressão pós-parto, geralmente, é que a criança não está alimentada. O sinal vem pelo bebê, porque a mãe não identifica que ela tá em depressão. É muito difícil a mãe identificar que ela tá em um período que ela não tá aceitando aquela criança. Então, geralmente, as causas do bebê são o acesso de choro ou o baixo peso que demonstram que alguma coisa de diferente tá acontecendo. Então, o sinal vem pelo bebê ou pelo familiar. É muito difícil ouvir pela gestante. Ela não se identifica, ela nem sabe, né! Ela pode identificar que ela tá triste, mas ela vai postergando aquilo. Porque a sociedade coloca que agora o bebê é dela, então ela tem que cuidar, pronto e acabou. Então a gente tem que fazer um acolhimento com a mãe nesse momento [...] é muito difícil no puerpério o pai vir. Porque fica aquele clichê: ‘por você estar em casa agora, você que é a responsável. Eu tô trabalhando’. E ela não consegue identificar que é um sofrimento terrível, e que ela tem que compreender que esse processo é um processo lento. Então nesse momento, existe uma resistência a conversar em grupo. Se for uma questão mais profunda, é a terapia individual.” (Enfermeira).

O depoimento da psicóloga entrevistada:

“Aqui na unidade os processos estão mudando, os programas não estão mudando, mas estão sendo feitos de uma forma diferente. Aqui nós temos duas psicólogas, temos dois psiquiatras. Essa unidade sempre foi uma unidade muito referência em Saúde Mental. Nós estamos aos poucos interagindo em relação aos programas que vão surgindo. Inclusive, nós duas nunca tínhamos conversado antes, pois ela (enfermeira) entrou há apenas dois meses. Isso tudo é muito recente. Essa fala dela me interessou muito, porque, talvez, muitas coisas que acontecem lá no puerpério poderiam ser evitadas se tivessem um acompanhamento mais pontual durante a gestação. Por exemplo, como é que ficou a relação da mãe com esse bebê que tá crescendo dentro da barriga dela? Se vai haver nessa relação esse reconhecimento, e a partir dele, uma possibilidade de evitar alguns traumas pro puerpério. É preciso dar um espaço de fala, o que é muito além de uma consulta, eu acho. Elas precisam desse espaço de fala e de escuta, para ir lidando com as ansiedades que vão surgindo durante esse processo. Para mim, é isso o que é cuidar da saúde mental das mães [...] as transformações do corpo, a vida sexual que vai

mudando nesse período, como elas lidam com isso, como o marido lida com isso. Todas essas questões são fundamentais. A expectativa que existe em relação ao bebê [...] como é que esse bebê tá nascendo mentalmente na cabeça desse casal. Eu penso que são essas questões que devem ser ouvidas e trabalhadas. [...] Aqui nós não temos conseguido realizar os grupos, mas a grande dificuldade é que, geralmente, elas (as gestantes) moram muito longe e fica difícil para elas virem para cá. A frequência em grupos é mais complicada, elas vêm mesmo só quando é exigido pelo pré-natal. Elas frequentam essa unidade porque trabalham na região. A gente tem que pensar em outras estratégias.” (Psicóloga).

Passaremos ao eixo temático autocuidado, e voltaremos a falar da depressão pós-parto mais à frente.

6.4 Autocuidado

Vejamos como as mães pensam seu autocuidado, a partir de seus relatos:

“Eu tomo cuidado para não sofrer acidente, eu tomo cuidado para não cair na rua, eu tomo cuidado nas coisas que eu vou fazer para mim dentro de casa, para não se machucar. Eu tomo cuidado com o meu corpo, sabe? Não sou uma pessoa de ficar me aventurando, sabe? De ficar me expondo muito em lugares [...] por exemplo, 25 de Março [a rua em São Paulo], entendeu? Lugar movimentado que pode baixar sua pressão, ou aumentar sua pressão, você passar mal. [...] Eu evito essas coisas. [...] fico vaidosa quando estou animada, quando estou desanimada, vai no filtro. Às vezes estou muito cansada. Eu roía a unha, agora deixei de roer um pouco, agora na gravidez está melhor, até mesmo eu penso na questão do cuidado, o cuidado que eu tenho comigo. Não quero pegar nenhuma bactéria, nenhuma infecção. Porque uma coisa sou eu sozinha, outra coisa é você estar com o nenenzinho. Não quero correr o risco de sofrer aborto, de sofrer qualquer sequela com a neném por causa de uma negligência minha. [...] eu já sinto que é o meu filho. Independente de ter saído ou não, de estar totalmente formado. Para mim o coração bateu... Eu não sei lidar muito bem com a morte. [...] eu faço tratamento para isso. [...] passo pelo psicoterapeuta, porque eu não sei lidar com a morte de nada. Eu já imagino antes. [...] por isso que eu tenho medo da questão do aborto, porque eu sei que não é por tempo de

vida. [...] esse nenenzinho eu não quero perder, entendeu? Eu não sei perder, assim. O que eu quero, o que eu amo.” (Mãe 3).

“Em 2017 comecei a fazer tratamento médico, tomar remédio, fazer terapia. Mas eu acabava que sempre dando preferência ao trabalho do que me cuidar. Então eu começava, fazia ali o tratamento por quatro meses, cinco meses, e aparecia um trabalho no horário da consulta, e eu ‘ah, vou deixar de ir para consulta e vou trabalhar’. A medicação eu parava também. E aí isso foi indo, foi indo, até na pandemia. Aí parou porque os postos pararam, não atendiam mais. Agora faço pelo convênio, e o psiquiatra no posto. Eu tomo Sertralina. Antes de engravidar eu tomava ele com Bupropiona, mas quando engravidei, o Doutor Evandro achou melhor tirar o Bupropiona e manter só a Sertralina. No primeiro mês, ele tirou todos os dois. Só que aí, eu passei a ter todas as ansiedades de novo, até porque minha gravidez não foi planejada. Ela foi planejada por Deus, mas não pela gente, não era uma coisa que eu queria agora. Então meio que caiu de paraquedas, e a ficha ainda não está caindo. O ano que vem é uma incógnita do que eu vou fazer com ela (a bebê), ainda não consegui pensar nisso. [...] assusta, porque eu acho que o mundo hoje está muito difícil para você criar um filho. [...] ainda não consigo imaginar isso [...] parece que a minha ficha não caiu ainda.” (Mãe 5).

“Cuidados, assim, eu acho que precisa de cuidados emocionais porque às vezes bate um pouco a tristeza, porque eu me considero nova ainda, com 32 anos e passar por isso (câncer de mama) [...] e também, eu quero emagrecer, eu quero me cuidar fisicamente, entendeu? Mas a minha prioridade seria o meu tratamento, queria saber se eu vou fazer quimio, radio, qual vai ser o próximo passo. E eles falaram que se eu fizesse quimioterapia, eu teria que congelar os óvulos, porque não teria como eu ficar grávida novamente. Eu sempre me cuidei, aí me cuidando mais ainda. Agora preciso de ajuda para tudo. Não sou eu que levanto para fazer uma mamadeira ou para trocar ela. Sempre tenho ajuda da minha mãe ou do meu marido. Então, acaba que eu sempre estou mais disposta, entendeu?” (Mãe 2).

“Eu me cuidava muito mais antes da gravidez. As brigas que a gente tinha afetaram muito (brigas com ex-marido). Eu tinha, assim, medo do parto, eu tinha bastante medo. Porque o da minha filha foi induzido, então eu sofri muitas horas de dor, eu tinha muito medo disso. E medo de a criança nascer com alguma coisa, alguma deficiência, se a criança nascesse com problema,

como que eu ia trabalhar? E eu sou sozinha. Como que uma mãe sem trabalhar sustenta filho com algum problema, com alguma deficiência? Então eu pensava muito nessas coisas. E pensava que ia faltar alguma coisa quando nascesse [...] eu fiquei muito preocupada durante a gestação toda, eu não conseguia dormir, e eu dormia de madrugada todos os dias, mesmo acordando cedo, perdia o sono. Porque eu tenho vontade de sair da casa dos meus pais e ter a minha própria casa, como que eu vou conseguir com duas crianças... Essa questão me preocupa bastante.” (Mãe 7).

“O que exige mais cuidado é a parte psicológica mesmo. [...] Nossa, qualquer coisa que fala eu fico muito sentida. E eu acho que isso influencia muito no bebê também, ele sente tudo. Estou cuidando com alimentação, 99% saudável agora, nunca me alimentei tão bem. Cuidados estéticos também, uso óleos, cremes, nos seios, na barriga, para evitar estrias. É basicamente isso por enquanto.” (Mãe 6).

“Eu me senti bem para cuidar dele, logo no começo eu fiquei bem insegura, pensando assim, ‘ah, como que eu vou dar conta?’ Mas foi bem tranquilo.” (Mãe 1).

“Eu não me cuido muito [...] muitos falam para passar óleo, aí eu passo todo dia, depois do banho, e só isso. Aí eu tomo os remédios que falam que é para tomar na gravidez, só.” (Mãe 4).

Algumas mães referem-se à questão emocional como parte do seu autocuidado, algumas tomam medicação psiquiátrica e fazem psicoterapia. Porém, a Mãe 2, que perdeu o pai no início da gestação e teve câncer de mama ao final da mesma, não relatou ter tido apoio psicoterápico durante esse processo.

A Mãe 4, que sofreu estupro aos 11 anos de idade pelo avô e, logo antes da gravidez, perdeu sua melhor amiga por suicídio, não referiu nenhuma forma de cuidado psicológico. Ela, de 19 anos, abandonou a escola para casar-se. Nakano *et al.* (2003) apontam que 51% das meninas de 15 a 19 anos sem escolarização tornam-se mães. Após esse acontecimento, é preciso realizar uma adaptação ao papel de mãe, esposa e trabalhadora, deixando de lado seu papel de estudante que acaba de deixar a infância. (NAKANO *et al.*, 2003). Ainda a Mãe 4, relatou acima que a família parou de falar com ela quando saiu de casa. Ressente-se muito de seus pais, por

terem-na abandonado. Voltou a falar com eles recentemente quando soube da gravidez. Ou seja, o fato de ter adquirido o papel de mãe, fez com que ela reestabelecesse o seu papel de filha novamente.

A Mãe 7, que relatou anteriormente sentir-se feia nas duas gravidezes e ter vergonha de sair à rua por estar grávida e ter se separado do marido, coloca ter dificuldades em cuidar-se, pois preocupou-se muito e o tempo inteiro com a questão financeira, pensando em como iria fazer para sustentar os filhos sendo sozinha.

Já Mãe 3, refere seu autocuidado em função do medo da morte e do aborto. Diz já imaginar o filho, e não saber perder aquele que ama. A Mãe 5, ao contrário, não consegue imaginar a filha, pelo fato de não ter planejado a gravidez. Diz: “a ficha não está caindo”. Para ela, há toda uma dificuldade em planejar, imaginar, pensar em como vai ser quando a criança chegar ao mundo. Refere-se a um histórico de interrupções no seu autocuidado em função de muita atenção ao trabalho. Enfim, atualmente está tomando sua medicação e fazendo a psicoterapia, pois, caso interrompa, seus sintomas de ansiedade retornarão.

Levando em conta esses depoimentos, vamos propor as “dimensões de presença”, tal como propostas por Figueiredo (2012), a fim de refletirmos sobre como essas mães se situam em relação a seus filhos e à maternidade.

Segundo Figueiredo (2012), há no mundo humano uma disposição em receber os seus novos membros para deles cuidar. (FIGUEIREDO, 2012). Essa disposição, diz respeito a uma ética dos cuidados, onde trata-se de transmitir sentidos ao outro, estando dele próximo (ao lado) e permitindo que construa seus próprios sentidos. (FIGUEIREDO, 2012). O que importa aqui não são os sentidos em si, mas sim a própria atividade do fazer sentido. Para Figueiredo, esse processo é um processo criativo, de simbolização, e, quando o sentido se cristaliza e o processo se interrompe, a criatividade deixa de existir.

Estar ao lado do outro é não deixar que ele caia no abismo do “sem sentido”, regredindo para a experiência da “loucura precoce” como ressaltado por Winnicott. As ameaças do “sem sentido” rondam o sujeito e trazem a possibilidade do traumático em sua dimensão desestruturante. A experiência da maternidade tem a ver com a dimensão do “estar ao lado”, fornecendo ao pequeno ser o *holding* (sustentação) e produzindo, a partir daí, uma vastidão de sentidos.

6.4.1. Modalidades de presença e dimensões do cuidado

6.4.1.1 Presença implicada

Figueiredo (2012) nos traz três dimensões da presença, sendo a presença implicada, a presença como reconhecimento e a presença como interpelação.

A primeira delas, a presença implicada, diz respeito ao cuidar como desempenho das funções de acolher, hospedar, sustentar. Nessa função estão contidas as noções de *holding* (sustentação), de Winnicott (1960), e *containing* (continência), de Bion (1970). (FIGUEIREDO, 2012).

A função do *holding* é essencial para que, no pequeno bebê, dê-se a sensação de existir, e para que a continuidade da existência possa acontecer. Não nos sentimos existir e não conquistamos um senso de realidade se uma continuidade de ser não nos for oferecida. A experiência de Spitz (1998) com bebês separados dos pais e sendo cuidados em hospitais por diversos cuidadores mostrou que eles desenvolveram a doença denominada por ele de “hospitalismo”. Essa experiência nos mostra de que forma a descontinuidade nos cuidados pode chegar a ponto de causar danos tão severos ao psiquismo humano quanto os descritos por Spitz.

Façamos aqui um pequeno parêntese para abordar brevemente as psicopatologias estudadas por Spitz (1998), que se trata de uma descontinuidade severa nos cuidados. No exemplo de autor, onde há a perda de um objeto amado, ou em quaisquer casos nos quais predominem um vazio afetivo, são o que hoje — a partir de Green — podemos chamar de formas severas de desobjetalização. (COELHO JUNIOR, 2018).

Tais casos severos de desobjetalização nos fazem pensar nos modos de instauração da presença para o pequeno ser que veio ao mundo. Pensamos em uma ausência desconstrutiva no lugar onde deveria estar uma presença implicada. Esses adoecimentos psíquicos provocados pela carência de cuidados maternos possuem formas distintas, que dependem do período da vida em que se deu a separação entre o bebê e sua mãe e da quantidade de tempo que ficaram separados. O dano será maior ou menor, caso tenha ocorrido antes ou depois da etapa de “diferenciação do objeto”. Serão diferentes as consequências da privação afetiva para o bebê, em suas capacidades cognitivas, em seu desenvolvimento somático e em suas dimensões afetivas. Crianças com depressão anaclítica apresentam choro intenso, e, caso o abandono persista, o choro se transformará em retraimento e isolamento do outro. Mas poderão se recuperar rapidamente se colocadas em contato com suas mães novamente. Já os quadros de

hospitalismo, em que a privação afetiva é total e por um período maior que cinco meses, acarretam consequências mais graves. Diz Spitz (1965/1991):

Nessas condições, as pulsões pairam no ar, por assim dizer. Se acompanhamos o destino da pulsão agressiva, encontramos a criança dirigindo a agressão a ela mesma, ao único objeto que permaneceu [...] se a privação é total, chega-se ao hospitalismo; a deterioração progride inexoravelmente, levando ao marasmo e à morte. (SPITZ, 1965/1991, p. 213).

6.4.1.2 A mãe como presença implicada, oferecendo continuidade e descontinuidade no processo de subjetivação do bebê

Vejamos como a presença implicada se apresenta como continuidade e descontinuidade no processo de subjetivação do sujeito humano. Zornig (2018) indica que no início da vida são fundamentais as experiências de prazer compartilhadas entre a mãe e o bebê. Segundo Roussillon (2008 *apud* ZORNIG, 2018), há um primeiro nível de compartilhamento de sensações corporais e um segundo nível, este de compartilhamento de emoções, nos quais se desenvolve entre mãe e bebê uma sintonia afetiva propriamente dita. Para Roussillon (2008, *apud* ZORNIG, 2018)², cabe ao objeto primário (normalmente, o outro materno) conter e sustentar os afetos em estado bruto do bebê, pois, sem essa contenção, o bebê humano teria uma vivência de desamparo que seria insuportável.

O bebê é, de início, pura explosão de impulsos que precisam ser contidos (num *holding*, propriamente dito) para que possam ganhar forma e, aos poucos, começar a tarefa de “fazer sentido”.

No encontro com o outro há um ritmo, uma periodicidade e uma continuidade (mas também uma descontinuidade), que são oferecidos pela cadência das mamadas, do sono, dos banhos, das conversas estabelecidas entre mãe e bebê. O outro primordial é quem se encarrega de introduzir no início da vida esse ritmo, periodicidade e temporalidade.

Além desses ritmos, compartilha-se também afetos e sentimentos, aos quais é possível, aos poucos, dar nomes, para que possam ganhar um sentido preciso e se encaixar na cadeia maior dos sentidos mais complexos.

² Não foi possível encontrar o artigo aqui citado em seu original, no Brasil ou através de outros meios. Por esse motivo, optamos por manter a citação e a referência em “*apud*”.

Porém, para que haja o ritmo da continuidade, deve haver também uma descontinuidade — lugar onde o objeto falta, não está presente e imprime uma lacuna, convocando o sujeito-bebê a um trabalho de elaboração e simbolização.

Na descontinuidade ocorrem os momentos de separação do objeto primordial e será justamente a partir da separação que o processo de simbolização terá início. Diversos autores — Zornig, Marin, Guerra, Aragão (ARAGÃO, 2018) — são unânimes em dizer que os momentos de separação não devem ser excessivos ou muito longos, pois uma separação por tempo prolongado pode levar à experiência do desamparo, fazendo surgir o não sentido, o traumático, do qual falava Figueiredo (2012). O desamparo como resultado de uma separação prolongada, não produz simbolização nem sentidos para o pequeno sujeito, apenas deixa o trauma como indizível e não simbolizável.

Nos momentos em que o desamparo se apresenta, segundo ZORNIG (2018), o bebê retornaria a vivências mais primitivas e sensoriais, do tipo autocalmantes. Seriam vivências tais como chupar o dedo, se fechar, se balançar.

Assim, o outro/mãe — como presença implicada e função de acolher, sustentar, conter — começará a introduzir ritmo na vida do bebê. Estabelece com isso uma continuidade e uma descontinuidade que levarão o bebê a iniciar seu processo de simbolização, o que começará a se dar a partir da percepção de que a mãe é um ser diferente dele, um outro corpo. Esta percepção não ocorre de maneira instantânea, mas é também parte de um processo, de uma elaboração.

6.4.1.3 Presença como reconhecimento, segundo Figueiredo

O segundo modo trazido por Figueiredo (2012) como figura da alteridade é aquele no qual o agente cuidador tem a função de reconhecer/testemunhar o objeto dos cuidados naquilo que ele tem de próprio e singular.

A falta ou falha nessa modalidade de cuidados, para o autor, é extremamente nociva para a instalação da autoimagem e da autoestima, podendo acarretar uma série de problemas psicológicos e comportamentais. (FIGUEIREDO, 2012).

Figueiredo não esboça o quê, exatamente, seria nocivo à constituição da autoimagem e da autoestima. Podemos pensar que a presença, enquanto reconhecimento e testemunho das

origens do pequeno sujeito, estaria em momentos tais como aqueles em que o adulto incentiva a criança em suas conquistas, apoiando-a, dizendo como ela se saiu bem, mostrando que tudo vai dar certo — servindo como uma espécie de espelho que testemunha os bons resultados e a eles dá o seu aval.

As falhas nesse processo podem culminar com situações em que a insegurança é muito forte e esmagadora, impedindo o sujeito de realizar coisas. Ou também em situações em que questões ligadas à imagem corporal estão presentes, levando a dificuldades diversas, como, por exemplo, dificuldade de se colocar em público, anorexias e bulimias, obesidades etc.

6.4.1.4 Presença como interpelação, segundo Figueiredo

Aqui, trata-se do outro marcado pela diferença, pela incompletude. O outro como fonte de questões e enigmas. De acordo com Figueiredo (2012), esse outro é um outro que Laplanche (1992) denomina de “outro sedutor”, aquele que introduz a sexualidade, a qual, na visão de Ferenczi, é fonte de sofrimento para a criança, pois institui a chamada “confusão de línguas”. (FERENCZI, 1932).

A presença como interpelação, despertaria a pulsionalidade e equivaleria a uma intimação que, muitas vezes, é da ordem do traumático. Interpelar/reclamar: excitar, chamar para fora, chamar à fala. Interpelação que leva o sujeito a entrar em contato com a finitude, com a alteridade, com a lei.

Assim, a mãe que fala ao pequeno bebê que ainda não fala, o interpela e reclama sua presença viva, pede sua resposta em balbucios, em sorrisos, em interações diversas.

Estas três figuras da alteridade — acolher, reconhecer, interpelar — precisam agir num equilíbrio dinâmico para que os cuidados realizados efetivamente proporcionem a instalação de uma capacidade de fazer sentido no indivíduo. Caso não haja esse equilíbrio, a capacidade de simbolização e de fazer sentido pode ficar prejudicada, ou seja, o fazer sentido não é algo dado, pode vir a faltar para um determinado sujeito a depender exatamente da forma como o agente cuidador modera seus fazeres (FIGUEIREDO, 2012).

6.4.1.5 Presença reservada como modo de “deixar-ser”

Apesar de não apresentar a presença reservada como uma das modalidades das figuras de alteridade, Figueiredo (2012) nos apresenta esta modalidade de presença, que seria muito mais uma retirada da presença do agente cuidador. Aqui, o agente cuidador “deixa-ser” o seu objeto e, a partir da sua não presença, o “não cuidar converte-se em uma maneira muito sutil e eficaz de cuidado, como a mãe que deixa seu filho brincar sossegado enquanto se atém a estar presente, ao lado, silenciosa”. (FIGUEIREDO, 2012. p. 141).

Segundo Figueiredo (2012), ao estar nessa posição, o cuidador renuncia à sua própria onipotência e também sabe deixar-se cuidar pelo outros — o terceiro elemento da relação. Assim, a mãe com seu bebê deixa-se cuidar pelo pai e pelas avós, orientar pelo médico e pelas amigas. Dessa forma, saindo da onipotência, o agente cuidador nem tudo sabe nem tudo pode, reconhecendo sua finitude e seus limites, o que o deixará muito mais sensível aos objetos de seu cuidado e muito menos propenso a exercê-lo com tirania. (FIGUEIREDO, 2012).

Na presença reservada, “cabe ao agente de cuidados oferecer ao objeto de seu cuidado um espaço vital desobstruído, não saturado por sua presença e seus fazeres”. (FIGUEIREDO, 2012, p. 143). Assim sendo, o cuidador deverá deixar livre e vazio um espaço para que o objeto de cuidados exerça sua criatividade plenamente, sonhando, brincando e pensando, podendo criar um mundo conforme suas próprias ideias. Podemos dizer então que, para Figueiredo (2012), uma das funções primordiais do agente cuidador não envolve nenhum fazer, mas apenas o “deixar-ser” e “deixar-acontecer” abrindo espaço e tempo para que o sujeito de cuidados se desenvolva e se constitua.

6.4.1.6 Presença moderada como forma de produção de cuidado a partir do baby blues

Ouvindo as falas das mães, aqui relatadas, pensamos que, para duas delas, a presença implicada e desejante se mostra nas entrelinhas do discurso. A presença implicada, a partir do desejo pela vinda do filho, aparece nas falas em que a maternidade é idealizada como maravilhosa e esperada.

A Mãe 4, mesmo tendo rompido com sua família, se coloca inteiramente presente na maternidade, idealizando-a como algo maravilhoso e glorioso. A Mãe 6 sempre sonhou em ser

mãe e agora, ainda na gestação, sente-se “superplena”, considerando-se inteiramente capaz receber o bebê que virá (*sic*). De alguma forma, a idealização da maternidade é a condição mesma da presença implicada e da possibilidade dessas mães de acolher/hospedar/sustentar, tal como proposto por Figueiredo. (FIGUEIREDO, 2012).

A Mãe 8, já no período de pós-parto, passou por vivência de *baby blues*, tendo realizado luto pelo corpo que não volta mais e sentindo muita tristeza. Relata ainda sentir, e ter momentos em que precisa ficar só, longe das filhas.

A Mãe 2 também vivenciou o período de *baby blues*, a partir da perda do pai no início da gestação e do diagnóstico de câncer de mama ao final da mesma.

A Mãe 7, passou pelo *baby blues*, tendo se separado do marido aos dois meses de nascimento do bebê. No período de gestação já passava por muita preocupação financeira e, após o parto, com a separação, passou a sentir vergonha de sair à rua, apresentando uma grande perda em sua autoestima.

Para a Mãe 1, o período de *baby blues* veio em uma gestação na qual sentia muita indisposição (não sabe dizer se seriam períodos curtos de depressão). Sentia-se muito descuidada, não queria se arrumar, não queria sair e a indisposição a acompanhou nos dois primeiros meses do pós-parto, tendo melhorado em seguida.

Para essas mães que viveram período de *baby blues*, pensamos em propor uma modalidade diferente de presença, que estaria entre a presença implicada e uma ausência de presença. Chamaremos de “presença moderada”. Acreditamos não se tratar da presença implicada, pois essas mães não se encontram, durante esse período, em condições de acolher/hospedar/sustentar seus filhos. Ou seja, não estão em condições, justamente, de oferecer o *holding*. Também se diferencia da “presença reservada” como forma de deixar livre o espaço para o objeto de cuidados, pois, nesses casos, trata-se muito mais de uma retirada não pela reserva, mas sim pela ausência e pela incapacidade de estar ao lado em alguns momentos.

Assim, a presença moderada, em decorrência do *baby blues*, caracteriza-se predominantemente pela ambivalência, na qual as mães não conseguem estar permanentemente em estado de “preocupação materna primária”, nem permanecer todo o tempo ligadas aos filhos. Parte desse tempo, ficam submersas em sua indisposição, suas tristezas, momentos em que se desconectam, se desligam da maternidade. Em função dessa ambivalência, o *holding* seria oferecido em alguns momentos, mas não em outros.

Tal como vimos anteriormente, a capacidade de oferecer *holding* está intimamente ligada à capacidade da mãe de entrar no estado de preocupação materna primária e de identificar-se com o bebê. Caso o estado de preocupação materna primária esteja prejudicado, como ocorre nos períodos de *baby blues*, pode acontecer de o *holding* ao bebê ficar também prejudicado. Passa a ser de fundamental importância, os cuidados e o *holding* que a própria mãe recebe de terceiros, como diz Figueiredo (2012), o agente cuidador deve saber deixar-se cuidar... Pelo médico, por avós e, acrescentamos, pela Unidade de Saúde!

Acreditamos que todas as mães possuem momentos de desconexão e separação de seus filhos, porém, nessa separação, trata-se da descontinuidade estruturante e necessária à constituição psíquica já citada — é a presença reservada que permite que o objeto de cuidados seja livre e desabroche, ao passo que a desconexão presente na indisposição e na tristeza, que surge aqui, pode se mostrar por vezes mortífera e, portanto, desestruturante do ponto de vista psíquico. Apenas a observação dos bebês sendo cuidados nos permitiria saber sobre o que está sendo estruturante para eles ou não, e se a rede de apoio com a qual as mães contam é capaz de fornecer a estruturação necessária aos primórdios da constituição psíquica.

Sabemos que essa rede de apoio é oferecida à Mãe 2, que passa por momento mais grave e necessita de cuidados em função do câncer. As outras mães recebem ajuda de suas mães ou da família, com exceção das mães 3 e 4, que romperam com suas próprias mães quando optaram por se casar.

Assim, a rede de apoio pode permitir que o acolhimento e *holding* às mães e bebês seja estruturante, mesmo num momento mais delicado onde elas passam por situações difíceis e vivenciam o *baby blues*.

Retomando Ferenczi em *A criança mal acolhida e sua pulsão de morte* (1929), e Green (1988) a respeito do “complexo da mãe morta”, acreditamos que a Mãe 2, por estar mergulhada em seu luto pelo pai e realizando tratamento para o câncer de mama, é a mãe com maior risco de vivenciar o complexo da mãe morta, embora não tenhamos como afirmar que isso irá ocorrer. Sabemos que ela está realizando quimioterapia, o que a impede de engravidar novamente (coisa que ela queria), tendo que recorrer ao congelamento de óvulos. Além disso, a cirurgia no início do pós-parto e a quimioterapia atualmente a impedem de realizar os cuidados com a filha, tendo que contar com a mãe e o marido. Tudo isso, podemos dizer, compromete de alguma forma o vínculo com a bebê, embora não saibamos de que maneira, exatamente, este será implicado.

A Mãe 7 e a Mãe 1, apesar de todas as suas dificuldades — desemprego, preocupações cotidianas —, conseguem se manter na presença moderada, tal qual estamos chamando. A mãe 7, mostra grande ambivalência, pois quando perguntada sobre o que significa para ela ser mãe, responde dizendo que para ela foi “um baque muito grande”, mas “faz de tudo para cuidar de seus filhos”.

6.5 Primeiros contatos com o bebê / Relação com o bebê intraútero

Seguem relatos das mães:

“O primeiro contato foi tranquilo, assim que ela nasceu, eles limpavam ela e já me deram ela em cima da maca. Ela ficou comigo enquanto eles me limpavam. Depois aí a gente foi para o quarto. Ela ficou o tempo todo comigo. A amamentação está tranquila. Ela continua com a mesma mania da irmã dela, de só pegar um lado do peito. É uma briga. Já está virando na cama, olha, levanta a cabeça, vive dando risada. Para pôr para dormir às vezes eu coloco ela em cima de mim. Aí eu fico balançando ela, aí ela dorme. Eu converso com ela quando ela está muito nervosa [...] não quer dormir, está agoniada ou está com muito calor, aí eu fico conversando com ela. Aí eu vejo que ela não quer dormir, coloco ela no meio da cama, no meio das minhas pernas, e fico conversando com ela até o sono dela vir. Aí quando eu vejo que ela se acalmou, eu ponho ela em cima de mim e ponho ela para dormir. [...] às vezes ela está com cólica, ela não consegue dormir, aí ela fica estressada.” (Mãe 8).

“Então, foi muito rápido. Eu fiquei chateada que na hora, assim, eu estava nervosa, assim que eles tiraram ela e colocaram ela para aspirar, eles pediram para o meu marido sair da sala. Então não teve aquele momento nós três ali rapidinho, teve eu e ela só. Deixaram ela um pouquinho perto de mim, e depois já levaram ela para incubadora (filha havia engolido mecônio). Eu fiquei chateada porque eles poderiam deixar meu marido ficar mais um pouquinho na sala. No dia seguinte, na hora da visita, eu e meu marido fomos vê-lá na incubadora. A gente ficou tipo uma meia hora, aí eles deixaram a gente higienizar as mãos e passar a mãozinha assim no corpinho dela, na perninha, no bracinho, até porque ela estava de sonda e ela nem acordou para ver a gente no primeiro dia. Aí no segundo dia a gente foi visitar ela de novo no mesmo horário, e

ficamos mais um pouquinho com ela. E aí depois eles deram alta. E aí ela foi para o quarto. A gente ficou eu acho que mais uns dois dias no hospital.” (Mãe 2).

“Ah, foi bom, logo que ele nasceu, já colocaram ele junto comigo, foi bom. Eles colocaram para eu ver, limpou ele, pesou, essas coisas, trouxeram para mim, aí terminaram os procedimentos de costurar, essas coisas, e quando eu fui para o pós-parto ele já ficou o tempo todo comigo. Assim, mesmo eu ficando na emergência (teve pré-eclampsia) ele ficou o tempo todo comigo. A pressão subiu bastante, então eu fui medicada. Também teve a anestesia, e eu fiquei bem grogue. Então, mesmo que colocou ele junto comigo, como meu esposo estava o tempo todo comigo, sempre tinha alguém comigo no momento que eu ficava com ele. Então assim, logo nos primeiros momentos peguei ele, eu amamentei, mas ele ficava mais no bercinho, porque eu fiquei bem fraca. Depois, em casa, eu fiquei o tempo todo com ele, meu esposo me ajudava em tudo, meus filhos também, como já são maiorzinhos, me ajudavam em tudo, ficavam o tempo todo comigo. Logo no começo eu fiquei bem insegura, pensando assim: ‘ah, como que eu vou dar conta?’ Mas foi bem tranquilo.” (Mãe 1).

“Estou com 20 semanas de gestação e assim, me sinto completa. ‘Tá, eu e meu bebê, vamos embora. Se arruma e vamos. Ah, não quer ir? Vamos deitar, filho, ficar o dia inteiro deitado. Não quer deitar? Vamos comer. Não vamos comer muito também, para não ficar passando mal.’ Mais ou menos assim, sabe? É uma coisa que eu me sinto completa. ... tipo assim, eu não perdi nenhum membro do meu corpo, pelo contrário, eu já tenho um membro dentro de mim, entendeu? Membro não, uma vida dentro de mim, então, eu preciso estar bem para poder seguir. [...] eu já não dependo das pessoas para fazer nada por mim.” (Mãe 3).

6.5.1. O ritmo como organizador do psiquismo do bebê

O ritmo e a ritmicidade contidos nas trocas entre mãe e bebê, são considerados por alguns autores como um organizador do psiquismo do bebê, trazendo continuidade e descontinuidade para as experiências compartilhadas entre o bebê e o objeto primordial. Vejamos como isso se dá e como aparece nos relatos das mães.

Ciccone (2012) nos aponta que o bebê se confronta incessantemente com a experiência da descontinuidade, porém, é a ritmicidade da alternância entre presença e ausência que poderá sustentar o crescimento mental e o desenvolvimento do pensamento, a partir da falta (ausência). A ausência não é tolerável para ele a não ser que alternada com uma presença e em uma ritmicidade que garanta o sentimento de continuidade. O ritmo possui, assim, a função de promover para o bebê uma ilusão de permanência, permitindo a antecipação de um reencontro e levando ao desenvolvimento do pensamento.

O autor (2012) coloca que o psicanalista Daniel Marcelli demonstrou de que modo a dor (do afastamento, da ausência do objeto), para o bebê, anuncia o reencontro da satisfação, ou seja, anuncia para ele que logo irá reencontrar seu objeto de amor. Por isso a importância da questão do tempo: o objeto não deve se ausentar por um tempo maior do que aquele em que o bebê é capaz de guardar uma lembrança viva do objeto amado.

“Quando ele nasceu, eu tive ajuda da minha mãe e da minha irmã. Durante um mês, a minha irmã ficou aqui, ela é lá de Minas [...] em questão, assim, de comida, refeição, essas coisas, elas que me ajudavam, faziam e levavam para mim. Mas com ele sempre fui eu que cuidei. No começo eu estava bem porque não foi um parto demorado, eu comecei a sentir dor mais ou menos seis horas, e ele nasceu sete horas e pouco, então assim, eu estava bem [...] só que ele estava com o rostinho todo roxinho, aí a gente fica preocupada. Mas foi tranquilo, eu já sabia o que fazer, pegar, dar o leite, eu já sabia tudo que eu tinha que fazer. Aí com um mês ele já passou a dormir a noite toda, ele é uma criança supertranquila. Ele é bem espertinho, eu passo e ele já vira o rosto. Ele tem 2 meses, mas tem o tamanho de uma criança de 4, 5 meses, então ele é muito avançado, assim sabe, espertinho. A minha voz, tudo, dizem que não enxerga, mas parece que quando eu estou chegando perto, ele sente, ele olha. No começo ele quase não ficava no colo de ninguém, porque ele só chorava nos primeiros dias, só quando era comigo, sabe? No peito, e era o dia todo no peito. Ele dorme normalmente no peito mesmo, mamando, aí depois eu coloco ele no bercinho. Eu coloco às vezes aquele barulho do som do útero, que tem vezes que quando ele chora, ele só acalma com esse barulho, sabe? Mas eu só canto quando ele tá chorando, aí eu começo a conversar e cantar, mas para dormir não, é no peito, mamando ou com o som do útero que eu coloco.” (Mãe 7).

Aragão (2018) nos diz que as conexões entre os ritmos percebidos pelo feto na vida intrauterina, e os ritmos das interações corporais e vocais com a mãe após o nascimento, nos dão hipóteses para compreender as bases iniciais das interações primárias que servirão ao bebê como referências constitutivas em sua integração das experiências sensoriais e relacionais. Segundo Aragão (2018), as pesquisas atuais nos dão indícios sobre os registros de memória de curto prazo, aquelas que persistem logo após o nascimento e que trariam os ritmos como primeiras marcas sensoriais do bebê. Ritmos que o feto sentia intraútero: os batimentos cardíacos, os órgãos pulsando, a voz ecoando, o sangue correndo nas veias.

“Teve uma noite que eu estava sentindo que ela mexeu de tarde, ela mexeu por volta de umas 15 horas da tarde e depois ela não mexeu mais. E eu estava aqui sentado no computador, faz uma coisa, faz outra, desce, faz comida. Acaba que não para pra sentir, sabe? Eu não sei se sou uma mãe desligada, sei lá. Mas às vezes eu estou na correria e acho que ela sente que meu corpo está corrido, e ela não mexe. Chegou no finalzinho da noite eu falei: ‘gente, ela não mexeu depois da tarde’, e aí comecei a ficar preocupada. Aí eu falei para o meu esposo: ‘olha, se eu deitar e ela não mexer, a gente vai para o médico’. [...] aí eu deitei, e ela começou a mexer [risos] [...] a hora que eu parei, ela virou uma espoletinha na minha barriga. E aí acho que deu aquele susto: ‘meu Deus, será que já está na hora de ganhar? Eu não fiz compra [...] eu não arrumei as lembranças da maternidade [...] eu não fiz isso [...] eu tenho que terminar um trabalho assim, assim e assado’. Aí eu fui dormir e isso começou a rondar na minha cabeça, e eu tive umas acelerações, assim, foram leves, mas senti. Já tem uns dois dias que isso está acontecendo.” (Mãe 5).

Após o nascimento, o bebê vive experiências não ligadas umas às outras, desconexas, e apenas experimentadas no corpo como sensações e movimentos. Para Roussillon (*apud* ARAGÃO, 2018), essas experiências arcaicas estão fora do tempo cronológico, sem começo e sem fim, principalmente se forem acompanhadas de desprazer. Para o bebê, começa a haver uma estreita associação entre ritmo e prazer!

À medida que as experiências sensoriais vão se repetindo, aquelas que se apresentam de maneira rítmica e que estão diretamente ligadas ao cotidiano do bebê passam a dar a ele uma ilusão de permanência do objeto primordial. É absolutamente necessário que essa se constitua,

para que o bebê possa, aos poucos, realizar a introjeção da ausência paralelamente à introjeção da presença, que já vem sendo feita.

O ritmo criando a ilusão de permanência ajudará o bebê a encontrar uma continuidade nas experiências corporais, nas sensações. Quando ele não encontra essa continuidade, o que aparecerá será a agitação, o caos, a inconsolabilidade na forma de gritos e berros.

Segundo Aragão (2018), a construção do ritmo passa pelo corpo, olhar e voz da mãe. São esses componentes que, num jogo de alternância presença e ausência, irão constituir a ilusão de permanência do objeto. Para Ciccone (*apud* ARAGÃO, 2018)³, é função do ritmo ser a base de segurança para o sentimento de continuidade de ser.

6.5.2 Alguns aspectos importantes em Winnicott

6.5.2.1 Preocupação materna primária

Segundo Winnicott (1956/2000), entre a mãe e o bebê existe uma identificação consciente, mas também uma profundamente inconsciente, que ele denomina de “preocupação materna primária”. Esse estado, que ele considera uma condição psiquiátrica especial da mãe, se inicia ao final da gravidez e dura até algumas semanas/meses após o parto. Trata-se de uma sensibilidade exacerbada, a que as mães dificilmente recordam após superada, tendendo a ser uma memória reprimida. Esse período corresponde àquele no qual os ritmos serão importantes para o bebê, ou seja, a mãe em preocupação materna primária apresentará esses ritmos de forma a criar um sentimento de confiança, como veremos a seguir.

“Eu fico pensando nela o tempo todo, fico pensando se vai parecer comigo ou com o pai [risos]. Também converso e leio para ela. O pai, quando chega, ele conversa com ela. Eu acho que é o principal cuidado que a gente pode ter.” (Mãe 4).

Essa condição organizada, poderia ser comparada a uma dissociação ou a uma fuga, tal como um episódio esquizóide, caso não existisse a gravidez. (WINNICOTT, 1956/2000). Ao

³ Não foi possível encontrar o artigo aqui citado em seu original, no Brasil ou através de outros meios. Por esse motivo, optamos por manter a citação e a referência em “*apud*”.

estado da mãe correspondem determinadas apresentações do bebê, relacionadas à motilidade e sensibilidade, tendências inatas ao desenvolvimento e aos instintos que se engajam em zonas dominantes do corpo.

A mãe que desenvolve o estado de preocupação materna primária fornece o contexto para que a criança se manifeste. É quando ocorre uma falha materna que as reações interrompem o “continuar a ser do bebê”. Segundo Winnicott, se houver falhas, o excesso de reações (do bebê) não será no sentido de haver frustração, mas sim as falhas se tornarão uma ameaça de aniquilação, revelando-se uma ansiedade muito primitiva. Desse modo, o “continuar a ser do bebê” não será interrompido apenas no caso de a mãe encontrar-se no estado de preocupação primária e, ao sentir-se no lugar do bebê, corresponder às suas necessidades. (WINNICOTT, 1956/2000).

A ideia de que as falhas da mãe em período muito precoce do bebê têm como consequência a aniquilação do Eu do filho (WINNICOTT, 1956/2000), nos remete ao conceito de Ferenczi da “criança mal acolhida”. Temos aí um bebê cuja mãe demonstra falhas em entrar no estado de preocupação materna primária, não conseguindo realizar a identificação inconsciente com a criança. A concepção de aniquilação do Eu do bebê e a de um bebê imerso em pulsão de morte (tal como nos trouxe Ferenczi em 1929) parece-nos ideias que podem ser aproximadas, ainda que, segundo Fulgêncio (2012), Winnicott não acredite na ideia de pulsão de morte.

Segundo Coelho Junior (2018), para Winnicott, “quando o meio ambiente falha muito precocemente, o bebê está sujeito a situações diante das quais não possui defesa organizada e estará, portanto, sempre situado diante da agonia e da passividade determinada pelos efeitos do traumatismo precoce”. (COELHO JUNIOR, 2018, p. 150). Assim, a aniquilação do Eu do bebê corresponderá a uma “desintegração da estrutura nascente do ego”, determinando a presença de aspectos psíquicos mortos e de muito difícil revitalização. (COELHO JUNIOR, 2018).

Logo, Winnicott se aproxima de Ferenczi no que se refere à ideia do trauma precoce. Gostaríamos de apontar que, enquanto para Ferenczi a origem do trauma estaria no mau acolhimento do ambiente, para Winnicott o ambiente tem a ver com a mãe e, serão as falhas e dificuldades desta para se encontrar no estado de “preocupação materna primária” as origens do que ele denomina de aniquilação do Eu e “agonia impensável”.

6.5.2.2 A mãe dedicada comum

Winnicott (1999) inicia o texto *A mãe dedicada comum* fazendo uma pequena ressalva sobre a palavra “dedicação”. Em seguida, aponta o quanto o período da gestação é importante para a mulher, remetendo-se ao período de preocupação materna primária, que abordaremos adiante. Segundo o autor, a mãe, que já foi um dia bebê, traz com ela as lembranças de tê-lo sido, assim como as lembranças de que alguém um dia dela cuidou. Tais recordações, poderão ajudá-la ou atrapalhá-la em sua própria experiência como mãe.

Dessa forma, quando o bebê nascer, a mãe saberá naturalmente como segurá-lo, como embalá-lo ou, simplesmente, mudá-lo de posição ou superfície. Ao bebê será dada a oportunidade de ser, e de deixar que façam as coisas por ele. Após muitas repetições, isso ajudará na capacidade que o bebê terá de sentir-se real. Com essa capacidade, o bebê poderá enfrentar o mundo e desenvolver os processos de maturação.

Aos 3 ou 4 meses, o bebê pode ser capaz de mostrar que sabe o que caracteriza uma mãe, e corresponder aos sentimentos da mãe que se identifica com ele, devolvendo sorrisos, balbucios, firmando sua cabeça e olhando sua mãe nos olhos. Aos poucos, diz Winnicott (1999), o bebê começa a precisar da mãe para ser malsucedido em sua adaptação. E, assim como segurar naturalmente o bebê não pode ser aprendido nos livros, as falhas presentes no processo de maturação também não. Apesar de vivenciar as frustrações e o sentimento de raiva decorrentes do fato de não conseguir realizar determinadas ações, o bebê continuará sendo apoiado pelos pais e sentirá sua confiança, fundamental para que continue em seu processo maturativo.

Segundo Winnicott (1999), três tipos de situações podem ocorrer no sentido de atrapalhar a vida dos bebês. A primeira delas é a mãe ficar doente e morrer; a segunda, a mãe ter uma nova gravidez enquanto seu bebê é ainda pequeno; e a terceira, a mãe pode entrar em depressão e sentir que está privando o seu filho daquilo que ele necessita.

Fazendo uma separação entre a ideia de culpa materna e a etiologia dos fatores que podem levar a falhas no desenvolvimento com as quais nos deparamos, Winnicott (1999) se pergunta sobre a necessidade vital que cada bebê tem de que alguém facilite os estágios iniciais dos processos de desenvolvimento psicológico, do desenvolvimento psicossomático ou, como o autor aponta, da personalidade mais imatura e absolutamente dependente que é a personalidade humana.

Nas primeiras semanas de vida, o ambiente de facilitação que possui características suficientemente boas levará a que as tendências hereditárias de crescimento do bebê possam alcançar seus primeiros resultados favoráveis. Assim, aos poucos ele poderá passar pela integração, embora seja ainda uma unidade muito dependente. Do ponto de vista do bebê, diz Winnicott (1999), nada existe além dele próprio e, portanto, a mãe é parte dele, ao menos inicialmente.

Para Winnicott (1999), o oposto da integração seria a desintegração, algo intolerável e uma das ansiedades mais inconcebíveis, e básicas, da infância.

A existência psicossomática é uma realização e, embora a sua base seja uma tendência hereditária de desenvolvimento, ela não pode tornar-se um fato sem a participação ativa de um ser humano que segure o bebê e cuide dele. Um colapso nesta área tem a ver com todas as dificuldades que afetam a saúde do corpo, que realmente se originam na indefinição da estrutura da personalidade. (WINNICOTT, 1999, p. 10).

Após essa apresentação do texto podemos dizer que, para Winnicott, a principal realização da mãe dedicada comum e o que ela sabe fazer naturalmente, sem aprender nos livros, tem a ver com o *holding*, com a função de sustentação que permitirá que o bebê possa realizar suas primeiras experimentações no plano do desenvolvimento psicomotor. Para o autor, a função materna está inteiramente atrelada a que as tendências ao “desenvolvimento comecem a desdobrar-se, para que o bebê comece a experimentar movimentos espontâneos e se torne dono das sensações correspondentes a esta etapa inicial da vida”. (WINNICOTT, 2000, p. 403).

Uma nova gravidez, a depressão materna ou sua morte, são algumas das circunstâncias que prejudicariam o *holding* do bebê. Se retomarmos o texto de Ferenczi — *A criança mal acolhida e sua pulsão de morte* — veremos que outras situações poderiam ser também fontes de uma dificuldade no *holding*, tais como separações ou abandono, morte de outros parentes. Enfim, contextos que fariam com que a mãe entrasse em luto e tivesse suas capacidades psíquicas comprometidas naquele momento. Enfatizamos que, nesses casos, é importante saber sobre a rede de apoio com a qual a mãe conta, que vai desde o apoio do companheiro/a, passando pela família mais extensa e pela Unidade de Saúde.

Sobre a importância da rede de apoio, é relevante lembrar do que foi dito por Rowe e Fisher (2010) quando, ao apontar caminhos para a prevenção das ansiedades pré e pós-natais, dão ênfase justamente ao apoio que o companheiro/a pode oferecer à mulher, realizando grupos e cartilhas para pais.

Retomemos as perguntas feitas no subitem “Algumas palavras sobre o *baby blues*”, sobre como podemos oferecer atendimento à mulher que volta para casa com seu filho e quais ações em saúde pública podem ser pensadas visando essa dupla e a família.

A inclusão do companheiro/a nos grupos de apoio e mesmo a observação da dupla mãe/bebê seriam formas de atuar preventivamente, formando uma rede de apoio sólida em torno de mãe e bebê, oferecendo sustentação e *holding* às próprias mães. Sabemos das enormes dificuldades que existem nas Unidades de Saúde para se chamar os companheiros/as e mesmo as mães para participar de grupos, em função de distância e horário de trabalho. Encontrar saídas alternativas para que possam propor um trabalho preventivo às gestantes e puérperas passa a ser o desafio das Unidades, especialmente da Dr. José de Barros Magaldi, em que as gestantes frequentadoras moram longe, indo ao local apenas em seus dias de trabalho (uma vez que trabalham perto da UBS).

6.5.3 Sobre a experiência de confiar

Quando as trocas ritmadas entre mãe e bebê — adulto/bebê — se realizam satisfatoriamente, há a criação de um sentimento de confiança ou, por outro lado, de um sentimento de desconfiança, quando alguma coisa não vai bem. Gostaríamos de abordar brevemente a experiência de confiar, em três autores trabalhados por Figueiredo (2012).

Figueiredo (2012) aborda três autores para falar a respeito da confiança e da desconfiança. São eles: Donald Winnicott, Michael Balint, e André Green.

6.5.3.1 A confiança em Winnicott

Para Winnicott, a capacidade de confiança depende dos acertos e falhas da mãe, pois é ela quem irá transmitir ao bebê uma confiança básica no ambiente. (FIGUEIREDO, 2012).

Cabe aqui falarmos brevemente sobre a noção de ambiente em Winnicott. O ambiente, para este autor, está diretamente ligado à noção de espaço relacionada ao brincar. O ambiente, não é o ambiente dentro ou fora do corpo, mas trata-se de um espaço potencial que se forma entre a mãe e o bebê. (FRANCO; BERLINK; WONDRACEK, 2013). Nesse espaço potencial

a distinção entre externo e interno apaga-se e a ênfase dá-se no “entre”, espaço no qual se brinca, se inventa um mundo de potencialidades entre mãe e bebê. A criatividade é posta em jogo neste espaço, e a partir dele se cria a confiabilidade, a confiança na mãe, que é, por consequência, confiança no ambiente.

A confiança básica começaria, para Winnicott, numa fase de dependência absoluta em que o bebê experimenta o *holding* materno e as possibilidades de uso desse objeto (Mãe), que deve estar disponível para criar a capacidade de brincar, suportando a onipotência infantil com suas agressividades e invasões (sem retaliar essas agressões), e criando um espaço potencial (que não é fora nem dentro) em que se formam os fenômenos e objetos transicionais.

A capacidade do objeto de não retaliação às agressões do bebê são o principal ingrediente para que se desenvolva uma confiança segura nesse objeto/ambiente. Para Winnicott, é absolutamente necessária tal capacidade do objeto de não retribuir as supostas “agressões” cometidas pelo pequeno bebê para que se dê o desenvolvimento da confiança. A mãe acolhedora e capaz de criar um espaço potencial propício ao brincar é a base para que se instale uma confiança primária na criança. Ao contrário, uma mãe intrusiva, incapaz de suportar a dependência extrema do bebê, bem como seus primitivos ataques, seria a base para a criação da desconfiança e do sentimento de invasão, podendo levar à criação de defesas e, futuramente, do chamado “falso self”.

6.5.3.2 A confiança em Balint

Balint, ao longo de sua obra fala a respeito de pacientes que possuiriam a incapacidade de entregar-se ao objeto amado. Não se sentem seguros, nem confortáveis, são pacientes que ele denomina de “desconfiados”. (FIGUEIREDO, 2012). Por volta dos anos 1920, Balint elabora a teoria de que o indivíduo, na saída do narcisismo primário, “está totalmente vulnerável às falhas dos objetos primários e às eventuais desproporções entre excitação e continência devidas ao grau primitivo de constituição psíquica no bebê e às falhas da mãe na função de escudo protetor” (FIGUEIREDO, 2012, p. 74).

Neste período da vida, se instalaria uma desconfiança básica do indivíduo diante do ambiente, de seus objetos mais significativos, de seus vínculos amorosos e de seus próprios impulsos libidinosos. A desconfiança básica é uma suspeita paranoica que abala as bases da confiança e

da capacidade de confiar e pode estar associada a diferentes quadros psicopatológicos e ser bastante generalizada na clínica, segundo Balint. (FIGUEIREDO, 2012, p. 74).

De acordo com Balint, a desconfiança tem a ver com a incapacidade do objeto primário de suportar e acolher as possibilidades psíquicas do bebê. Em 1959 Balint escreveu o livro *Thrills and regression*, no qual refere-se ao conceito de *Thrill*, que diz respeito à saída do amor primário com a instalação da confiança primária. O *Thrill* fala de afetos intensos e muita tensão e excitação associados ao medo e ao susto, seguidos pela experiência de um relaxamento e sensação de segurança. Seria o bebê a se entregar ao objeto amoroso, que o balança, rodopia, faz cócegas, brinca — para, em seguida, acariciá-lo ternamente num abraço seguro e protetor —, criando essa confiança básica sem a qual nos tornaríamos seres doentes.

Para Figueiredo (2012), os *Thrills* comportam intensidades elevadas de prazer excitado e medo, seguidas do momento de conforto e segurança em que a criança é embalada. A intensidade afetiva vivida nos *Thrills* parece ter especial importância para a questão da confiança, uma vez que os bebês podem ser cuidados, mas o que os diferenciaria será justamente o colorido afetivo dado pelo adulto cuidador em cada momento de atenção realizado. Assim, o tom da voz, a expressão facial, o riso ou a seriedade no adulto, o quão apertado é o seu abraço, fazem para o bebê toda a diferença na constituição da confiança. Se, no jogo do *Fort Da*, a criança encenava a partida e o retorno da mãe, simbolizando com isso sua capacidade de resguardar a mãe dentro de si, nos *Thrills*, é na relação direta com o adulto que o bebê irá constituir a confiança. Digamos que aqui o bebê não está elaborando, mas constituindo sua própria capacidade de confiar. A experiência dos *Thrills* será revivida pelo resto da vida, em toda experiência carregada de intensidade afetiva, excitação e medo, imediatamente seguidos pelo apaziguamento e sentimento de segurança.

6.5.3.3 A confiança em André Green

Em André Green, é preciso que o objeto primário se mostre “suficientemente bom” para poder deixar-se esquecer, ser recalcado e internalizado pelo bebê, que começa ali a desenvolver o que será a futura experiência de “confiança”. O objeto primário “suficientemente bom” seria aquele que consegue manter-se em um equilíbrio dinâmico, moderando a desproporção entre as sexualidades infantil e adulta. (FIGUEIREDO, 2012).

Duas das funções do objeto primário seriam: 1) despertar e revelar as pulsões, 2) contê-las e transformá-las. Nesse trabalho de revelação, contenção e transformação das pulsões, o objeto primário faria seu jogo de presença e ausência junto ao pequeno sujeito, imprimindo ritmos próprios e singulares a essa dupla/trio.

6.5.3.4 As três formas da confiança em Figueiredo

Figueiredo (2012) fala em “confiança primordial”, o encontro com o objeto primário “suficientemente bom”. Essa forma de confiança seria uma pré-concepção vazia à espera de uma realização, ou seja, ainda não é confiança, mas, se não realizada, pode tornar-se uma desconfiança básica, bem como ataques à possibilidade de confiar. Isso se dá no plano inconsciente e, no plano da consciência, o que se veria seria uma confiança defensiva. (FIGUEIREDO, 2012).

O autor chama de “confiança primária” a situação em que a pré-concepção se realiza e onde ocorre a internalização do objeto suficientemente bom, com suas consequências para a constituição psíquica e para a capacidade do pequeno sujeito de amar/confiar.

E Figueiredo (2012) chama de “confiança madura” a confiança que se sustenta quando o objeto está ausente, o que, nas palavras de Green, seria a capacidade de manter a função objetualizante como meta essencial da pulsão de vida, garantindo que o psiquismo faça ligações com o objeto, e mantendo sua capacidade de simbolização.

Assim, a confiança madura, segundo Figueiredo:

Comporta a capacidade de avaliação de riscos e perdas motivados pelas insuficiências dos objetos e pelas inaptidões do sujeito [...] a confiança madura supõe a ultrapassagem das posições esquizo-paranóide e depressiva em que as desconfianças correspondentes afloram com facilidade. Na confiança madura há lugar para o “não confiar”, baseado na experiência, e para o “não confiar ainda”, por falta de experiência com o objeto. (FIGUEIREDO, 2012, p. 92).

Essas três formas de confiança, para Figueiredo (2012), são sempre “sem objeto”, quer dizer: 1) na confiança primordial, o objeto ainda não foi encontrado; 2) na confiança primária, o objeto foi encontrado, mas já está perdido novamente; 3) na confiança madura, o objeto está ausente, mas presente enquanto desejo.

A questão da confiança remeteria sempre a um vazio, uma aspiração, um desejar algo. Confiar implica em permanecer nas proximidades da desconfiança, porém, enfrentando-a e ultrapassando-a, quando tudo vai bem! Os chamados “pacientes desconfiados”, assim denominados por Balint, e “falsos selves” (em Winnicott) ou borderline, são o que hoje chamamos de casos difíceis.

6.6 Covid-19

Iremos abordar o último eixo temático, aquele que trata da Covid-19 e a experiência que as mães tiveram em relação à pandemia que se iniciou em 2020.

“Não tive medo. Assim, eu saía só quando era necessário, fora isso eu não saía. E se fosse também para pegar, dentro de casa, porque o marido trabalha com público. E ele continuou trabalhando. Então não tinha para onde correr.” (Mãe 8).

“O Covid não afetou a minha gravidez. Deu para mostrar para a gente que, assim, a gente tem que fazer mais pelas pessoas, ajudar o próximo, ficar com a família. Porque o covid acabou afastando, assim, um pouco, também mostrando que a gente tem que ajudar o próximo. Eu trabalho em restaurante, só que eu fico na parte do escritório. Mas não afetou diretamente a minha gravidez, não. Eu me cuidei, fiquei um pouco preocupada. A gente tem medo de pegar, de não resistir, né?” (Mãe 2).

“Ah, para ser bem sincera, eu não tive medo, não. Eu tive contato com uma tia que teve [...] teve um domingo que a gente saiu todo mundo junto para almoçar fora, ela estava bem até, só sentindo uma dor de garganta. Depois, quando testou positivo, ela se isolou no quarto. [...] assim, não fiquei muito vidrada nisso não, vou ser bem sincera. Eu acho que a minha família ficava mais do que eu. Eu me cuidei, não fiquei muito fissurada nisso, não.” (Mãe 5).

“Meu pai e minha mãe tiveram, mas eu não. Tive bastante medo na gravidez. Mas antes eu não ligava muito, mas agora sim. Eu me cuidei, principalmente no trabalho.” (Mãe 4).

“Eu tive Covid. Tive agora, na gravidez, no mês passado, mês de julho. Mas, graças a Deus eu já tinha tomado a primeira dose. Eu ia tomar a segunda dose em julho, no dia que foi detectado positivo. Aí eu não tomei. Eu tive muito medo, sim. Tive bastante medo. Até mesmo o medo de perder o neném, medo de ficar grave, medo de morrer, porque eu tenho outros filhos. O filho vive sem um pai, mas não vive sem uma mãe. Então eu sempre fiquei de repouso absoluto, porque não podia tomar nada. Tive todos os sintomas, menos falta de ar. Até agora meu paladar ainda não voltou total, e olfato também não.” (Mãe 3).

“Ah, sim, eu tenho preocupação, mas creio que com a vinda da vacina tranquilizou bem mais. Inclusive eu tomei a primeira dose e já fiquei bem mais tranquila, mesmo sabendo que a pandemia não acabou, o vírus ainda está no ar, mas assim, já é uma esperança a mais que a gente tem. A vida aos poucos está retomando devagarzinho, as crianças estão voltando para escola, isso dá mais uma tranquilidade, mesmo sabendo que o vírus está circulando, mas assim, é bom saber que toda a preocupação, as coisas estão se encaixando e estão caminhando. [...] até então ficou todo mundo isolado, meus filhos mesmo, por mais de um ano [...] aí veio a gestação [...] aí, assim, não foram mesmo para escola. Aí eu tive o bebê, eles ficaram o tempo todo dentro de casa comigo, a gente mal saía, para sair tinha que ter uma consulta, uma coisa de extrema urgência.” (Mãe 1).

“Eu tinha muito medo e eu peguei covid, inclusive. Eu não saía, eu só saía para trabalhar, mas... A moça [em que] a minha mãe trabalhava pegou, e aí passou para minha mãe, que passou para mim, ela não sabia. Eu fiquei uma semana sem saber que eu estava. Mas eu não tive sintomas, eu tinha muita dor de cabeça, só. Mas normalmente eu tenho muita dor de cabeça, então eu não associei que era. Minha mãe chegou a ficar internada, eu fiquei bem.” (Mãe 7).

“O meu único medo é o Covid, que eu tenho medo de pegar. Aliás, eu já tive covid, em abril de 2020, logo que chegou a vir para o Brasil, já me infectei. Eu tive uns sintomas chatinhos. Febre, uma dor de cabeça muito, muito forte, gripe, diarreia, mal-estar que eu não sei explicar, de sensação de desmaio. E depois eu perdi o olfato, paladar e o apetite. Muito cansaço, não conseguia ficar de pé para tomar um banho. Depois melhorei, mas demorou um pouquinho, depois de uns vinte dias. Agora, na gestação, eu tenho muito medo. Mas aí, de lá para cá, eu

acho que a máscara super salva, porque eu me cuido e não infectei mais. Estou me cuidando super bem, e o único medo é esse mesmo.” (Mãe 6).

Em junho de 2021, em boletim do Observatório COVID-19, da Fiocruz, o Brasil aparecia com uma taxa de letalidade entre gestantes de 7,2%, mais que o dobro da taxa de letalidade geral do país no mesmo período, que era de 2,8%. Um estudo da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), verificou que entre janeiro e abril de 2021 houve um aumento de casos entre gestantes e puérperas e um aumento de óbitos maternos por Covid-19 em doze países. (OBSERVATÓRIO COVID-19, 2021).

Naquele momento (julho de 2021), especialistas alertavam que gestantes poderiam evoluir para formas graves de Covid-19, com descompensação respiratória. Especialmente gestantes em torno de 32/33 semanas de gestação, havendo necessidade de antecipar o parto em alguns casos.

6.6.1 Gestantes, puérperas e vacinação

O Observatório Obstétrico Brasileiro Covid-19 também publicou uma pesquisa, baseada em estatísticas oficiais, relacionando óbitos em gestantes e puérperas e dados sobre vacinação. Gestantes e puérperas hospitalizadas sem qualquer vacinação teriam 5,26% mais chances de ir a óbito do que aquelas que receberam duas doses da vacina. Porém, a situação desse grupo pode ser ainda pior devido ao “apagão” de dados do Ministério da Saúde sobre Covid-19. Especialistas não conseguem dimensionar o quadro com exatidão, não sendo possível compreender a extensão da variante Ômicron, por exemplo.

Quando se examina a letalidade em gestantes e puérperas sem qualquer imunização, a taxa é de 14,6%. Já no grupo com pelo menos uma dose do imunizante, a porcentagem cai para 9,3%. Ou seja, uma gestante ou puérpera que não recebeu nenhuma dose da vacina, possui risco de letalidade 66% maior do que aquelas que receberam pelo menos a primeira dose.

Quando se compara gestantes e puérperas sem nenhuma dose vacinal àquelas com esquema vacinal completo (duas doses), a letalidade cai para 3,2%, reafirmando a influência da imunização na diminuição de mortes por Covid-19. (R7, 2022).

Desde abril de 2021 a plataforma Observatório Obstétrico Brasileiro Covid-19 vem publicando dados sobre gestantes e puérperas, o que levou ao questionamento sobre a razão da letalidade nesse público e à discussão sobre a implementação de políticas públicas para este grupo específico. A Lei nº 14.151/2021, instituiu o *home office* para gestantes e puérperas a partir de maio de 2021, e a Lei nº 14.190/2021, sancionada no final de julho de 2021, implantou a prioridade para a vacinação desse público.⁴

Porém, apesar de todos esses dados, a gravidade da COVID-19 parece não ser percebida pela maioria das mães. Estas mostram-se bastante divididas com relação a sentir — ou não — medo da infecção. Algumas não demonstram ter medo ou preocupação, nem mesmo durante a gravidez. A vacinação trouxe certo alívio, porém, percebe-se certa diminuição no medo de contrair o vírus já desde a primeira dose, levando à despreocupação em alcançar o esquema vacinal completo.

Nos perguntamos sobre as razões dessa despreocupação por parte das mães. Seria uma negação quanto à gravidade da doença em gestantes, caso viessem a contrai-la? Em caso afirmativo, o que essa negação nos indicaria? A possibilidade de ali habitar um medo muito grande do que poderia acontecer, em função do desconhecimento acerca da doença e de suas vicissitudes?

O medo do desconhecido — que no caso da COVID-19 fez com que inúmeros adultos, gestantes ou não, do grupo de risco ou não, passassem por crises de ansiedade apenas por imaginar contrair a doença — está presente em situações que envolvem o imaginário relacionado à finitude, à morte ou, ainda, às origens.

Em uma gestação, onde está presente a origem da vida, o nascimento, como seria possível associar tal momento a uma situação que envolve a finitude? Talvez seja isso o que as mães tentam evitar ao negar a gravidade da COVID-19, saindo às ruas normalmente e dizendo não ter medo. A negação serve ao propósito de continuar a vida sem se dar conta de algo que, se percebido, poderia ser avassalador!

Freud, em seu curto texto *A negativa* (1925), fala sobre como a negativa constitui um modo de tomar conhecimento do que está reprimido a partir daquilo que se nega. A antítese entre algo objetivo e subjetivo não existindo desde o início, mas surgindo do fato de que o pensar tem a capacidade de trazer à mente algo percebido em outro momento, reproduzindo-o como representação, sem que o objetivo externo ainda tenha que estar lá. Assim, um dos

⁴ Vale ressaltar que essas leis são transitórias, podendo não estar mais vigentes quando da leitura desta tese.

objetivos do teste de realidade seria, não encontrar na percepção real um objeto que corresponda ao representado, mas sim reencontrar um objeto não correspondente, convencendo-se de que ele está lá. Ou seja, faria parte do pensamento a capacidade de inverter a realidade colocando em seu lugar aquilo que se quer encontrar.

Além disso, diz Freud (1925/1996), as percepções podem ser modificadas por omissões ou alteradas pela fusão de vários elementos, não sendo um processo puramente passivo. Segundo Freud (1925/1996), o ego integra coisas a si ou as expelle de si, de acordo com o princípio de prazer.

Dessa forma, as grávidas passam pela COVID-19 sem dar-se conta da gravidade do vírus. Ou mesmo dando-se conta, mas não olhando para o que — esse objeto, o vírus — está em sua frente. No lugar do objeto, colocam uma realidade que não é tão grave assim e na qual podem continuar suas vidas normalmente!

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa objetivou analisar as representações maternas acerca da gestação e do pós-parto a partir de entrevistas semiestruturadas e com posterior análise de conteúdo, seguindo a proposta de Bardin (1977) e tendo como referencial teórico a teoria psicanalítica. Alguns eixos temáticos e unidades de registro resultaram de nossa análise, permitindo-nos observar as mães/cuidadoras e a seu olhar para si próprias na função de cuidado/acolhimento, esposas e trabalhadoras.

Versamos inicialmente em nossa pesquisa sobre o cuidado na perspectiva do acolhimento na Atenção Básica. O Caderno de Acolhimento à Demanda Espontânea sugere a atuação a partir da criação de vínculos e na promoção da saúde e prevenção das doenças, gerindo projetos terapêuticos singulares aos usuários que assim o demandarem. Enxerga a demanda como algo a ser construído socialmente.

O acolhimento é visto como uma reorganização do processo de trabalho, como um novo modo de pensar o trabalho em equipe e a abordagem do usuário. Isso diz respeito à capacidade que cada trabalhador da saúde possui de tomar decisões, reconhecer riscos e vulnerabilidades, e encaminhar o caso para a realização de intervenções.

Na Atenção Básica o acolhimento da gestante implica a responsabilização pela integralidade do cuidado, a partir de uma escuta qualificada, do favorecimento do vínculo e da avaliação de vulnerabilidades de acordo com o contexto social, e começando com a recepção da usuária. Procedendo com tal escuta, o profissional que atende a gestante deve permitir que ela expresse suas angústias, buscando compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e para sua família, principalmente se ela for adolescente.

Vimos que a gravidez traz ambivalências e culpas, pelo sentimento de ela não ter sido, às vezes, nem desejada, nem planejada. Badinter (1985) critica a psicanálise e propõe que a maternidade não é algo natural, ou sequer instintivo. Mattar e Diniz (2012) apontam para o fato de a maternidade ser uma identidade forçada, sendo atravessada pelos discursos sociais, da Igreja, do Estado. Nesse sentido, para as autoras, a mulher não seria dona do próprio corpo, ficando sobrecarregada pelas tarefas que lhe foram impostas ao longo dos séculos.

Concordamos com a tese de Badinter, de que a maternidade, enquanto mito, não é instintiva. Porém, acreditamos ser possível continuar trabalhando com os autores da psicanálise,

viabilizando o cruzamento de um olhar para a singularidade, com um olhar para as questões coletivas.

Perpassamos o tema da autoestima e do autocuidado, e vimos que, na gestação, o conflito entre autoimagem e corpo idealizado afeta a imagem corporal e a autoestima da mulher. Toda grávida deve fazer uma adaptação à sua nova imagem, e, podem ocorrer questões relacionadas à ansiedade caso haja uma preocupação exagerada acerca do peso. Assim, nas entrevistas com as mães, percebemos uma preocupação grande com o corpo e o controle do peso, gerando ansiedade, tristeza, baixa autoestima, e, às vezes, prostração.

Vimos que a mãe é aquela que deve oferecer-se para conter os afetos em estado bruto do bebê, num *holding* seguro, de forma que ele possa dar início à tarefa de “fazer sentido”. (FIGUEIREDO, 2012). Porém, para que isso ocorra, é preciso que a mãe também seja sustentada por uma rede de apoio que comporte, além do ciclo familiar, a Unidade Básica de Saúde com seus profissionais. Pensamos que não é possível ser mãe sozinha, sendo necessário que essa rede de apoio se forme, envolvendo mãe e bebê numa sustentação acolhedora. Acreditamos ser de fundamental importância, que a UBS não reproduza o mito do amor materno, levando a mãe a acreditar que pode ser mãe sozinha e que pode “dar conta” de tudo. Ao contrário, faz-se imprescindível a desconstrução desse mito e, sempre que possível, através da participação do companheiro/a ou familiar nos grupos de apoio, permitindo que se dê a construção dessa rede acolhedora e protetora.

Na tarefa de oferecer o *holding* (sustentação), mãe e bebê passarão por ciclos de continuidades e descontinuidades, oferecidos através do ritmo das mamadas, do sono, dos banhos, das conversas estabelecidas entre eles. O outro primordial (que pode ser a mãe, mas também pode ser alguém que ocupe sua função) se encarrega de introduzir no início da vida esse ritmo, periodicidade e temporalidade, compartilhando afetos e sentimentos, e levando o bebê a construir sentidos a partir dessa ritmicidade. (CICCONE, 2012). Assim, o outro como função de acolher/sustentar/conter introduzirá o bebê no início do processo de simbolização. (FIGUEIREDO, 2012).

Após o nascimento, as primeiras interações corporais e vocais da criança com a mãe nos dão hipóteses para compreender as bases iniciais das interações primárias, que servirão ao bebê como referências constitutivas em sua integração das experiências sensoriais e relacionais. Os registros de memória de curto prazo, aqueles que persistem logo após o nascimento, trazem os ritmos como as primeiras marcas sensoriais do bebê. (ARAGÃO, 2018).

Entre a mãe e o bebê existe uma identificação consciente, mas também profundamente inconsciente, a qual Winnicott (1956/2000) denomina de preocupação materna primária. Nas semanas finais da gestação e nos primeiros meses do bebê existe uma sensibilidade exacerbada, que as mães dificilmente recordam após terem passado, tendendo a ser uma memória reprimida. Essa sensibilidade tem a função de fazer com que as mães possam antecipar as necessidades do filho (sono, fome, frio etc.) e as suas. Nasce o sentimento de confiança. Abordamos, então, a experiência de confiar a partir das ideias propostas por Figueiredo (2012), nos autores: Balint, Winnicott e Green.

Em revisão bibliográfica, observamos que a prevalência de sintomas, tais como ansiedade e depressão, variam de 11,8 a 34,9%, dependendo do nível sócioeconômico, do período investigado, e também do instrumento utilizado para a detecção. (COSTA *et al.*, 2018).

Utilizamos “ansiedade” e “depressão” como um de nossos eixos temáticos. Porém, propondo uma leitura a partir de autores da psicanálise, tais como Ferenczi e Green, e pudemos olhar para tais fenômenos de maneira a enxergá-los como modos de a criança ser acolhida pela família e pela mãe, a qual muitas vezes, passa por período de luto, instabilidade, perda ou separação.

O momento de luto e perda vivido pela mãe a deixa impossibilitada de estar completamente voltada ao bebê e de entrar no estado de preocupação materna primária, e faz com que o bebê mergulhe numa desorganização psíquica, gerando a suspensão de toda atividade psíquica. Trata-se do adoecimento psíquico por passivação apresentado por Figueiredo e Coelho Júnior (2018), ao falarem da matriz ferencziana.

Pensamos que as mães de nossa pesquisa vivenciaram, em sua maioria, o chamado *baby blues*, a tristeza do pós-parto. Partindo de uma ética dos cuidados e das modalidades de presença proposta por Figueiredo (2012), sugerimos a modalidade de presença moderada para as mães vivenciando tal tristeza.

Consideramos que cuidar das mulheres que vivem o *baby blues* é também um modo de produção de cuidados que pode ser previsto na saúde pública. Félix *et al.* (2013) apontam que os próprios enfermeiros de UBS relatam priorizar problemas de caráter biológico em detrimento daqueles relacionados à saúde mental, acabando por não enfatizar, ou não detectar, os casos de *baby blues*. A aposta é de que esses casos serão resolvidos naturalmente (pelo fator hormonal). Pensamos, porém, que para além do fator hormonal as mulheres que vivenciam essa tristeza podem ser escutadas, acolhidas e cuidadas, como produção de cuidado que vai no sentido da

prevenção na relação mãe/bebê. Para que os ritmos, continuidades e descontinuidades voltem a fazer sentido como via de mão dupla na relação estabelecida entre mãe e recém-nascido, os profissionais de saúde precisam também atuar como agentes da prevenção.

Escutar as mães que vivenciam o *baby blues* para além da questão hormonal também significa uma forma de não reprodução da violência contida no mito do amor materno, não dizendo a ela que aquilo irá passar simplesmente. Oferecer uma escuta nesses momentos, inclusive podendo ser uma escuta conjunta de mãe e bebê, mais uma vez, é uma forma de construir rede protetora de cuidados. A reprodução do mito do amor materno, precisa ser combatida diariamente, incrustrada que está em nossa sociedade patriarcal, que vê na mulher um ser voltado e feito para a maternidade, não aceitando as ambivalências contidas nesse período intenso e de tantas transformações.

Uma das formas de combater esse mito, está na potência do trabalho com grupos na esfera da saúde coletiva. Segundo Castanho (2012), é possível o trabalho com grupos a partir de uma perspectiva psicanalítica. Para Pichon-Rivière, os papéis devem circular dentro do grupo para que as estereotípias possam ser superadas, gerando novas possibilidades de compreensão para o grupo. Assim, num movimento dialético e em espiral, o grupo vai ganhando novas compreensões e *insights*, sendo isso o que promove a saúde dentro dessa esfera operativa. (CASTANHO, 2012).

Na Unidade de Atenção Básica de Saúde que visitamos, no entanto, os grupos não estão sendo realizados por uma impossibilidade de as mães irem até à unidade, em função da distância de sua moradia. Acreditamos que pensar em estratégias de viabilização dos grupos seja de fundamental importância caso se queira propor uma atuação preventiva em saúde direcionada às gestantes e puérperas. Pensamos não ser possível atuar preventivamente com relação à gestação e ao pós-parto, tendo em vista a direção única dos atendimentos individuais em psicoterapia, somada aos atendimentos de enfermagem já previstos.

Por fim, em nosso último eixo temático, abordamos a epidemia de Covid-19 e percebemos o quanto algumas mães demonstram não possuir preocupação quanto à contaminação pelo coronavírus.

No entanto, quando contaminadas, a situação das gestantes e puérperas é preocupante. Segundo o Observatório Obstétrico Brasileiro Covid-19, gestantes e puérperas hospitalizadas sem qualquer vacinação tem 5,26% mais chances de ir a óbito do que aquelas que receberam duas doses da vacina. Devido à alta letalidade nesse grupo, políticas públicas foram

implementadas para ele, em específico, instituindo o *home office* para gestantes e puérperas a partir de maio de 2021, e sancionando, a partir do final de julho de 2021, a prioridade para a vacinação desse público.

Questionamos então, tendo em vista a gravidade dos casos de gestantes contaminadas por COVID-19, qual a natureza da falta de preocupação demonstrada por algumas mães. Apontamos o conceito de negação (FREUD, 1925/1996) como chave para responder a essa pergunta.

Assim, concluímos que as mães devem receber uma escuta qualificada, acolhimento e cuidado para além de todos os aspectos orgânicos e biológicos já atendidos na UBS. A alternância da escuta em grupo com o atendimento individual (quando este mostra-se necessário), são os melhores meios para um acolhimento como possibilidade de construção de vínculo, corresponsabilidade e autonomia no cuidado à saúde (CORRÊA et al, 2017).

Segundo CORRÊA et al (2017), as mulheres demonstram insatisfação e exprimem haver falta de diálogo com o profissional com relação ao apoio emocional na gestação e puerpério. Os autores relatam que as mulheres denotam dificuldades em transformar suas necessidades de saúde em demanda, aparentando certa passividade no processo de busca pelo cuidado em saúde. As mulheres de nossa pesquisa corroboram este achado, demonstrando estarem satisfeitas com o cuidado em saúde recebido, relativamente ao aspecto orgânico; porém, nunca mencionando os cuidados psicológicos que poderiam ter sido oferecidos em situações de dificuldades pelas quais elas próprias passaram.

Acreditamos, então, que o cuidado em saúde precisa ser agenciado e pensado, buscando novas e criativas estratégias de produção de cuidado na UBS, que possam alcançar as gestantes e puérperas de maneira mais eficaz e produtiva, para além dos cuidados orgânicos e abrangendo um cuidado integral em saúde.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, R. O.; ZORNIG, S. A. J. (Orgs.) **Continuidade e descontinuidade no processo de subjetivação do bebê**. São Paulo: Escuta, 2018.

ARAGÃO, R. O. Entre mãe e bebê: Continuidade, descontinuidade e ritmo. *In*: ARAGÃO; ZORNIG. (Orgs.) **Continuidade e descontinuidade no processo de subjetivação do bebê**. São Paulo: Escuta, 2018.

ATEM, L. M. Aspectos psicopatológicos da clínica com bebês: A função da pulsão ativa na constituição psíquica precoce em casos de depressão materna. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, v.6, n.3, p.30-42, set. 2003.

BACHILLI, R. G.; SCAVASSA, A. J.; SPIRI, W. C. A identidade do agente comunitário de saúde: Uma abordagem fenomenológica. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v.13, n.1, p.51-60, 2008.

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

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica nº 28**. Vol. II. Acolhimento à demanda espontânea: Queixas mais comuns na atenção básica. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica nº 32**. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. **Lei nº 14.151, de 12 de maio de 2021**. Dispõe sobre o afastamento da empregada gestante das atividades de trabalho presencial durante a emergência de saúde pública de importância nacional decorrente do novo coronavírus. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.151-de-12-de-maio-de-2021-319573910>. Acesso em: 25 set. 2021.

BRASIL. **Lei nº 14.190/202, de 29 de julho de 2021**. Altera a Lei nº 14.124, de 10 de março de 2021, para determinar a inclusão como grupo prioritário no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 de gestantes, puérperas e lactantes, bem como de crianças e adolescentes com deficiência permanente, com comorbidade ou privados de liberdade. Brasília, DF, 2021.

BYDLOWSKI, M. *Transparence psychique due a la grossesse. Attraction par l'objet interne*. *In*: BYDLOWSKI, M. **La dette de vie: Itinéraire psychanalytique de la maternité**. 4.ed. Paris: PUF, 2002. p.91-103.

CAILLEAU, F. *Percer le secret de la grossesse: De la transparence du corps à la transparence psychique*. **Cahiers de Psychologie Clinique**. n.32, 2009.

CAMPANA, N. T. C.; SANTOS, C. V. M.; GOMES, I. C. De quem é a preocupação materna primária? A teoria winnicottiana e o cuidado parental na contemporaneidade. **Revista Psicologia Clínica**. Rio de Janeiro: v.31, n.1, jan./abril. 2019.

CAMPOS, G. W. Reflexões sobre a clínica em equipes de saúde da família. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.68-77.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.

CANTILINO, A. *et al.* Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 2009.

CASTANHO, P. Uma introdução aos grupos operativos: Teoria e técnica. **Revista Vínculo**. São Paulo, v.9, n.1, jun. 2012.

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v.15, abr./jun. 2011.

CICCONE, A. A ritmicidade nas experiências do bebê, sua segurança interna e sua abertura para o mundo. *In*: ARAGÃO, R. O.; ZORNIG, S. A. J. (Orgs.) **Continuidade e descontinuidade no processo de subjetivação do bebê**. São Paulo: Escuta, 2018.

CICCONE, A. *Rythmicité et discontinuité des expériences chez le bébé*. *In*: MELLIER, D. *et al.* (Orgs.) **La vie psychique du bébé**. França: Dunod, 2012.

COELHO JUNIOR, N. E. A matriz ferencziana. *In*: FIGUEIREDO, L. C. E; COELHO JUNIOR, N. E. (Orgs.) **Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura: Matrizes e modelos em psicanálise**. São Paulo: Blucher, 2018.

CORRÊA, M. S. M. *et al.* Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 33, n.3, abr. 2017.

COSTA, D. O. *et al.* Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: Estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. [online] v.23, n.3, p.691-700, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.27772015>. Acesso em: 26 set. 2021.

COSTA, J. F. F. **Transparência psíquica: Experiência de transformação materna, uma perspectiva psicanalítica**. 2006. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Brasília-DF, 2006.

DAVID, H. M. S. L.; SANTOS, L. F. B. Percepções do estresse no trabalho pelos agentes comunitários de saúde. **Revista Enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.52-57, jan./mar. 2011.

DIERCKS, M.; PEKELMAN, R. Manual para equipes de saúde: O trabalho educativo nos grupos. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2007.

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. Assistência pré-natal no Programa Saúde da família. **Esc. Anna Nery**. v.10, n.1, abr. 2006.

DUARTE, S. J. H. Motivos que levam as gestantes a fazerem o pré-natal: Um estudo das representações sociais. **Revista Ciência Y Enfermeria**. v.18, n.2, ago. 2012.

FALCONE, V. M. *et al.* Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.4, ago. 2005.

FÉLIX *et al.* Atuação da enfermagem frente à depressão pós-parto nas consultas de puericultura. **Revista Eletrônica Enfermeria Global**. jan. 2013.

FERENCZI, S. A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. [1929] *In*: FERENCZI, S. **Obras Completas**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FEUERWERKER, L. C. M.; JUNIOR, H. S.; LAND, M. G. P. Educação em saúde ou projeto terapêutico compartilhado? O cuidado extravasa a dimensão pedagógica. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v.20, n.2, 2015.

FIGUEIREDO, L. C.; COELHO JUNIOR, N. E. **Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura: Matrizes e modelos em psicanálise**. São Paulo: Blucher, 2018.

FIGUEIREDO, L. C. **As diversas faces do cuidar: Novos ensaios de psicanálise contemporânea**. 2.ed. São Paulo: Escuta, 2012.

FRANCO, S. de G.; BERLINCK, M. T.; WONDRACEK, K. H. K. **Mandrágoras**. São Paulo: Escuta, 2013.

FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. Da fala do outro ao texto negociado: Discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**. [online] Ribeirão Preto, v.14, n.28, p.139-152, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2004000200004>. Acesso em: 20 out. 2021.

FREUD, S. A negativa (1925). *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*: ed. Standart Brasileira, RJ: Imago, 1996.

FULGÊNCIO, L. Críticas e alternativas de Winnicott ao conceito de pulsão de morte. **Ágora**. Rio de Janeiro, v.15, n. Especial, p.469-480, dez. 2012.

GARCIA, C. A.; DAMOUS, I. O silêncio no psiquismo: Uma manifestação do trabalho do negativo patológico. **Caderno Psicanalítico**. CPRJ, Rio de Janeiro, ano 31, n.22, p.105-115, 2009.

GOLSE, B. **Sobre a psicoterapia pais-bebê: Narratividade, filiação e transmissão**. Coleção 1ª Infância. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

GREEN, A. A mãe morta. *In*: GREEN, A. **Narcisismo de vida, narcisismo de morte**. São Paulo: Escuta, 1988.

GUTFREIND, C. **Narrar, ser mãe, ser pai & outros ensaios sobre a parentalidade**. Rio de Janeiro: Difel, 2010.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artmed / Belo Horizonte: Editora UFMQ, 1999.

LENZ, M. L. M.; BERTONI, S. F. Formação de vínculo com a gestante e sua família e aspectos psicológicos da gestação. Pré-natal e Puerpério. Atenção Qualificada e Humanizada. **Manual Técnico**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2006.

LUCAS d'OLIVEIRA, A. F. Saúde e educação: A discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. p.105-122, fev. 1999.

MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G. Hierarquias reprodutivas: Maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v.16, n.40, p.107-119, jan./mar. 2012.

MEIRELES J. F. F.; NEVES, C. M.; CARVALHO, P. H. B. de; FERREIRA, M. E. C. Imagem corporal, atitudes alimentares, sintomas depressivos, autoestima e ansiedade em gestantes de Juiz de Fora-MG. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Fev. 2016. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/imagem-corporal-atitudes-alimentares-sintomas-depressivos-autoestima-e-ansiedade-em-gestantes-de-juiz-de-foramg/15486>. Acesso em: 15 out. 2021.

MEIRELES J. F. F.; NEVES, C. M.; CARVALHO, P. H. B. de; FERREIRA, M. E. C. Imagem corporal de gestantes: Um estudo longitudinal. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v.65, n.3, jul./set. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000128>. Acesso em: 15 out. 2021.

MELO, M. B.; QUINTÃO, A. F.; CARMO, R. F. O programa de qualificação e desenvolvimento do agente comunitário de saúde na perspectiva dos diversos sujeitos envolvidos na atenção primária em saúde. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.24, n.1, p.86-99, 2015.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: Uma necessidade contemporânea. *In*: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Orgs.) **Leituras de novas tecnologias e saúde**. Bahia: Ed. UFS, 2009. p.29-56.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; GOMES, M. P. C. Da repetição à diferença: Construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. *In*: FRANCO, T. B. (Org.) **Semiótica, afecção e cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p.60-75.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.1, n.2, 1992.

MOREIRA, M. I. B.; RODRIGUES, E. S. A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória ES. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.21, n.3, p.599-611, 2012.

NAÇÕES UNIDAS. *The Millennium Development Gols Report*. 2015.

NAKANO, A. M. S. *et al.* O cuidado no resguardo: As vivências de crenças e tabus por um grupo de puérperas. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.56, n.3, p.242-247, mai./jun. 2003.

OBSERVATÓRIO COVID-19. **Boletim**. Fiocruz, jul. 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/observatorio-covid-19>. Acesso em: 20 out. 2021.

OSMO, A.; KUPERMANN, D. Confusão de línguas, trauma e hospitalidade em Sándor Ferenczi. **Revista Psicologia em Estudo**. Maringá, v.17, n.2, p.329-339, abr./jun. 2012.

PEREIRA DA SILVA, M. C.; SOLIS-PONTON, L. (Orgs.) **Ser pai, ser mãe, parentalidade: Um desafio para o terceiro milênio**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. **Manual de investigação em ciências sociais**. 4.ed. Lisboa: Gradiva, 2005.

RABELLO, D. *et al.* Análise descritiva da mortalidade materna e na infância no Brasil, 2007 a 2016. **CONSENSUS – Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. ano 8, n.28, jul./set. 2018.

ROWE, H. J.; FISHER, J. R. W. *Development of a universal psycho-educational intervention to prevent common postpartum mental disorders in primiparous women: A multiple method approach*. **BMC Public Health**. 10:499, 2010.

RUSCHI, G. E. C. *et al.* Determinantes da qualidade do pré-natal na atenção básica: O papel do apoio matricial em saúde da mulher. **Cadernos de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.26, n.2, abr./jun. 2018.

R7. Letalidade por covid-19 de grávidas é 5 vezes maior entre as não vacinadas. **Canguru News**. Jan. 2022. Disponível em: <https://cangurunews.com.br/letalidade-covid-19-gravidas/>. Acesso em: 18 já. 2022.

SANTIAGO, C. M. C. *et al.* Assistência ao pré-natal e as práticas desenvolvidas pela equipe de saúde: Revisão integrativa. **RPCFO**. v.9, n.1, p. 279-288, jan./mar. 2017. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4184>. Acesso em: 15 set. 2019.

SANTOS, G. A.; NUNES, M. O. O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: O que aprendem em seu cotidiano de trabalho? **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, p.105-125, 2014.

SCHIAVO, R. de A.; PEROSA, G. B. Desenvolvimento infantil, depressão materna e fatores associados: Um estudo longitudinal. **Paidéia**. [online] Ribeirão Preto, v.30, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3012>. Acesso em: 20 set. 2019.

SCHMIDT, M. L. S. Atenção básica e saúde mental: Experiência e práticas do Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**. v.16, n.1, p.57-70, 2013.

SILVA CRUZ, E. B.; SIMÕES, G. L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v.27, n.4, 2005.

SILVA, G. F. P. da. *et al.* Risco de depressão e ansiedade em gestantes na atenção primária. *Nursing*. São Paulo, v.23, n.271, p.4961–4970, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i271p4961-4970>. Acesso em: 17 ago. 2021.

SILVEIRA, M. S. *et al.* A depressão pós-parto em mulheres que sobreviveram à morbidade materna grave. *Cadernos de Saúde Coletiva*. out./dez. 2018.

SOUZA, M. F.; ARCE, V. A. R. Integralidade do cuidado: Representações sociais das equipes de saúde da família do Distrito Federal. *Revista Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.23, n.1, p.109-123, 2013.

SPEHAR, M. C.; SEIDI, E. M. F. Percepções maternas no método canguru: Contato pele a pele, amamentação e autoeficácia. *Revista Psicologia Estudantil*. v.18, n.4, dez. 2013.

SPITZ, R. A. **O primeiro ano de vida**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

SZEJER, M.; STEWART, R. **Nove meses na vida da mulher**: Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

TEPERMAN, D. W. **Família, parentalidade e época**: Um estudo psicanalítico. São Paulo: Escuta, 2014.

WINNICOTT, D. W. A mãe dedicada comum. *In*: WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

WINNICOTT, D. W. A preocupação maternal primária. [1956] *In*: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**. Obras Escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto alegre: Artes Médicas, 1983.

WINNICOTT, D. W. **O medo ao colapso**. Tradução: Sara Belo. Lisboa: Faculdade de Belas Artes, Universidade de Lisboa, 2019.

ZIONI, F. Pesquisa social: Métodos aplicados ao saneamento. *In*: PHILLIPI, A. J. (Org.) **Saneamento, saúde e ambiente**: Fundamentos para um desenvolvimento sustentável. São Paulo: Manole, 2005. p.599-622.

ZORNIG, S. A. J. Continuidades e discontinuidades no exercício da parentalidade. *In*: ARAGÃO, R. O.; ZORNIG, S. A. J. (Orgs.) **Continuidade e discontinuidade no processo de subjetivação do bebê**. São Paulo: Escuta, 2018.

ANEXO 1 — Roteiro de entrevista semiestruturada com gestantes e puérperas

NOME:

IDADE:

ESCOLARIDADE:

1. História de vida:

Conte um pouco sobre sua história de vida, sobre você.

2. Inserção social:

Você trabalha? Com o quê?

3. Sobre relacionamento:

Tem companheiro/a?

Se sim, como se dá a divisão de tarefas em sua casa?

4. Sobre a maternidade:

Você desejava ter filhos? Possui outros filhos? Você queria ser mãe?

Essa gravidez foi planejada? O seu companheiro/a queria essa gravidez?

5. Sobre cuidados na gestação:

Conte sobre o pré-natal.

Para vc, o que é ser bem cuidada numa gestação?

Vc sente que foi bem cuidada?

Qual foi sua maior dificuldade encontrada na gestação?

Essa dificuldade já foi superada ou ainda não?

Se sim, como fez para superá-la?

Se não, o que acha que precisa como ajuda?

O que acha que faltou como cuidado?

6. Sobre autoestima e percepção de si na gestação:

Você se sente feia ou bonita depois de grávida?

Como se sentia antes de engravidar?

Como acha que os outros a vêem?

Como é para vc engordar e ter que esperar os 9 meses da gravidez sabendo que não estará igual a antes?

7. Sobre autocuidado:

Como vc se cuida na gravidez e no pós-parto (caso já tenha acontecido)?

Como vc se cuidava antes da gestação?

Cuida-se agora, mais ou menos que antes?

Vc sente prazer em se cuidar?

8. Sobre o parto:

Conte um pouco sobre como foi o parto.

Conte um pouco sobre como foram seus primeiros contatos com o bebê.

Conte um pouco sobre o contato do pai e familiares com o bebê.

Compare esse parto com outros, caso tenha havido.

9. Sobre cuidados com o bebê:

Conte como se deram os primeiros cuidados com o bebê.

Quem é a pessoa que dá o banho?

Você amamenta?

Como é/foi a amamentação?

Sobre outros cuidados ...

10. Histórico sobre depressão e/ou outros sintomas:

Você teve algum medo na gestação?

Se sim, esse medo já havia aparecido antes ou não?

Você sentiu alguma angústia fora do comum, pânico, pavor?

Há algum histórico de depressão na sua família?

Como isso foi cuidado durante a sua gestação?

Vc já fez ou faz algum acompanhamento em saúde mental?

11. Histórico de doenças e drogas:

Você teve hipertensão ou diabetes gestacional?

Você fuma?

Você já fez uso de alguma droga antes ou durante a gestação?

O pai da criança faz uso de álcool ou cigarro ou outra droga?

12. Histórico de violência:

Há algum histórico de brigas ou discussões na família?

13. Sobre a pandemia:

Como se sentiu durante a pandemia de Covid-19?

Teve algum caso na família?

Como acha que isso afetou a sua gravidez?

ANEXO 2 — Roteiro de entrevista com profissionais de atenção básica

- 1) Que estratégias de cuidados vocês utilizam nos cuidados com gestantes e puérperas?
- 2) Vocês acreditam que nas estratégias utilizadas são realizados cuidados referentes à saúde mental de gestantes e puérperas?
- 3) O que vocês entendem que seja a saúde mental da gestante e da puérpera?
- 4) Como vocês entendem autocuidado e autoestima nas gestantes e mães?
- 5) Há formas preventivas de se abordar a saúde mental de gestantes e puerpéras?
- 6) Que projetos esta unidade tem para o trabalho com gestantes e puérperas?
- 7) É possível incluir as famílias, o companheiro?

ANEXO 3 — Termo de consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, do projeto de pesquisa “Cuidados e atenção à saúde mental no pré e pós-parto: representações de mães acerca da maternidade em UBS de São Paulo”, de responsabilidade do (a) pesquisador (a) Lou Muniz Atem.

Leia cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que consta em duas vias. Uma via pertence a você e a outra ao pesquisador responsável. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.

Declaro ter sido esclarecido sobre os seguintes pontos:

1.O trabalho tem por objetivo identificar como é realizado o cuidado a gestantes e recém-mães na Unidade Prof. José de Barros Magaldi, Itaim, zona oeste de São Paulo. Para isso realizará grupos e entrevistas tanto com as mães, quanto com os profissionais de saúde.

2. A sua inserção nesta pesquisa consistirá em participação em 1 grupo com duração de 1 hora /1 hora e meia, além de participação em 1 entrevista, caso queira. As entrevistas e grupos se realizarão via Plataforma ZOOM e serão realizadas pela própria pesquisadora, ficando gravadas. Os grupos debaterão acerca de temas propostos pela coordenadora da pesquisa.

3. Fotos e vídeos poderão ser feitos apenas com sua permissão. Seu uso será exclusivamente para fins científicos e acadêmicos, sem identificação de pessoas.

4. Ao participar desse trabalho você estará contribuindo com maior conhecimento acerca da gestação e do pós-parto e acerca dos cuidados prestados pelas Unidades de Saúde nesse período da vida, momento tão delicado e transformador na vida da mulher e da família.

5. Essa pesquisa possui o benefício de fornecer maiores conhecimentos acerca do início da vida - sobre a gestação e o pós-parto - bem como sobre os modos de cuidado oferecidos a gestantes e puérperas em Unidade de Saúde da Zona Oeste de SP. Traz também o benefício de melhor conhecer o profissional de saúde, conhecendo o que ele entende por cuidados neste período da vida, o que entende por saúde mental da gestante e da puérpera e como ele acredita poder contribuir, enquanto profissional da saúde, para a melhoria da saúde emocional na gestação e no pós-parto.

6. A sua participação neste projeto deverá ter a duração de 1 a 2 encontros com a duração de 1 hora a 1 hora e meia, podendo ser realizados mais encontros caso você o queira.

7. Você não terá nenhuma despesa ao participar da pesquisa e poderá deixar de participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar ou sofrer qualquer prejuízo.

8. Não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação, no entanto, caso vc tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, será ressarcido.

9. Esta pesquisa oferece riscos mínimos aos seus participantes, não lhes trazendo nenhuma complicação legal, nem benefícios de cunho financeiro, conforme determinação da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os riscos mínimos referem-se a possíveis desconfortos com relação ao tempo de duração da entrevista, ou ainda; com alguma pergunta que tenha relação com a vida pessoal do entrevistado. Caso incomode-se com relação ao tempo de duração da entrevista, manifeste-se ao entrevistador e o tempo será abreviado. Com relação às perguntas da entrevista, você não precisa responder nada que não queira, sendo necessário para isso, apenas informar ao entrevistador responsável.

10. Seu nome será mantido em sigilo, assegurando assim a sua privacidade, e se você desejar terá livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois de sua participação na pesquisa.

11. Caso você não domine a leitura e não possa ler esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ele será inteiramente lido a você, ítem por ítem; para que as normas da pesquisa fiquem claras e você possa escolher se deseja participar ou não.

12. Os dados coletados serão utilizados única e exclusivamente para fins desta pesquisa, e os resultados poderão ser publicados.

13. Qualquer dúvida, pedimos a gentileza de entrar em contato com Lou Muniz Atem, pesquisador (a) responsável pela pesquisa, telefone: (11) 98743-8662, e-mail: loumuniz@uol.com.br, e/ou com Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Rua General Jardim, 36, 1º andar. Telefone: 3397-2464 - e-mail: smscep@gmail.com. O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP também pode ser contactado para quaisquer dúvidas e/ou denúncias relacionadas à ética do projeto – email: coep@fsp.usp.br

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

“Eu, _____,
RG. _____, e-mail _____ fui informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações para motivar minha decisão, se assim o desejar. O pesquisador ___Lou Muniz Atem___ certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e somente os pesquisadores terão acesso. Também sei que caso existam gastos, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar o pesquisador Lou Muniz Atem no telefone (11) 98743-8662.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo também poderá ser consultado para dúvidas/denúncias relacionadas à Ética da Pesquisa e localiza-se na Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP, horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 9h às 12h e das 13h às 15h telefone, (11) 3061-7779, e-mail: coep@fsp.usp.br, que tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Ao clicar no botão abaixo, o(a) Senhor(a) concorda em participar da pesquisa nos termos deste TCLE. Caso não concorde em participar, apenas feche essa página no seu navegador”.

Li, compreendi e concordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aceitando assim participar desta pesquisa.

Por favor, informar sua autorização referente a _____

sim, eu autorizo não, eu não autorizo

ANEXO 4**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: Cuidados no início da vida: como a imagem e os cuidados de si afetam a capacidade de maternar

Pesquisador: LOU MUNIZ ATEM

Área Temática:

Versão: 6

CAAE: 12788519.9.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: Capes Coordenação Aperf Pessoal Nível Superior

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.821.502

Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta às pendências apontadas no parecer número 4.727.601, de 22 de maio de 2021. Foi apresentada um emenda ao projeto “Cuidados no início da vida: como a imagem e os cuidados de si afetam a capacidade de maternar”, que foi aprovado em 17 de abril de 2020. A emenda tem como objetivo diminuir o campo da pesquisa para uma UBS e incluir a possibilidade de realização on-line dos grupos focais e entrevistas. As informações elencadas nos campos “Apresentação do Projeto”, “Objetivos da Pesquisa” e “Avaliação de Riscos e Benefícios” foram retiradas do arquivo de informações básicas do projeto [PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1624931_E2.pdf, de 18/06/2021] e do projeto de pesquisa [PROJETO_DOUTORADO.pdf de 21/04/2020]. O projeto objetiva investigar as estratégias de cuidado em saúde mental da mulher na gestação e no pós parto em uma UBS da cidade de São Paulo. Realizará também entrevistas e grupos focais com gestantes e puérperas. “Assim, pretende-se pensar a possibilidade do desenvolvimento de novas estratégias de cuidado em

saúde mental voltadas à gestação e ao pós-parto, como forma de contribuir com políticas públicas de atenção à gestação e ao puerpério”.

Objetivo da Pesquisa:

“Este projeto tem como objetivo investigar a saúde mental de gestantes e puérperas atendidas na UBS Professor Dr Jose de Barros Magaldi, Itaim, Zona Oeste de SP, a partir das categorias “auto-cuidado”, “autoestima” e “percepção de si”, tentando verificar de que maneira elas interferem nas condições que a mulher tem de cuidar do próprio filho”.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos listados são: “A pesquisa em questão oferece riscos mínimos aos seus participantes, não lhes trazendo nenhuma complicação legal, nem benefícios de cunho financeiro, conforme determinação da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os riscos mínimos referem-se a um eventual desconforto com relação ao tempo de realização da entrevista e a possíveis perguntas que tenham relação com a vida pessoal do entrevistado. É dada ao entrevistado a possibilidade de não responder a questão” Os benefícios: “- Levar a um questionamento por parte do profissional de saúde acerca do que seja o cuidado em saúde mental.- Contribuir para a criação de novas estratégias de cuidados em saúde mental nos serviços públicos.- Contribuir para um maior auto-cuidado de gestantes e puérperas.- Proporcionar às gestantes e puérperas uma maior auto-estima.- Proporcionar às gestantes e puérperas uma maior percepção de si”.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de caráter acadêmico para obtenção do título de doutor.

Trata-se de emenda para inclusão de entrevistas on line; no entanto, no Projeto não há a descrição dos procedimentos que serão adotados. A única informação sobre este aspecto é obtida no item OBS no documento sobre as informações básicas do projeto: “Em função da pandemia do novo coronavírus, passou-se a oferecer como pesquisa de campo apenas 1 UBS como local de pesquisa, tendo como possibilidade as entrevistas e grupos focais presenciais ou via plataforma zoom. Assim, a emenda desenha esse novo formato do projeto”.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo “Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações”.

Recomendações:

Vide campo “Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações”.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de resposta à pendência apontada em parecer número 4.727.601, de 22 de maio de 2021. PENDÊNCIA: “O TCLE não deixa claro a modalidade de entrevista virtual. Verificar modelo de TCLE eletrônico em <https://www.fsp.usp.br/site/pesquisa/mostra/897>

O projeto precisa detalhar os procedimentos virtuais bem como o processo de acesso ao TCLE por parte do entrevistado”.

RESPOSTA: “Será utilizado o modelo de formulário eletrônico da FSP, que será enviado aos participantes com cópia por email ou whatsapp. Estão sendo anexados na Plataforma os dois modelos de TCLE, tanto o eletrônico, quanto o presencial, pois até o momento ainda não está decidido em qual modalidade as entrevistas serão feitas”. Nas informações básicas do projeto, postadas em 18/06/2021, lê-se “Os dados poderão ser coletados presencialmente ou on line. Caso ocorra esta última alternativa, será utilizado o modelo de TCLE eletrônico da FSP e os mesmos serão enviados às entrevistadas via email ou whatsapp”. ANÁLISE: ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parcial e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo “relatório” para que sejam devidamente analisados pelo CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_162493_1_E2.pdf	18/06/2021 11:42:44		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado_eletronico.docx	18/06/2021 11:38:39	LOU MUNIZ ATEM	Aceito
Outros	Formulario_resposta.doc	10/06/2021 18:17:47	LOU MUNIZ ATEM	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DOUTORADO.pdf	21/04/2021 17:42:26	LOU MUNIZ ATEM	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	19/04/2021 12:11:02	LOU MUNIZ ATEM	Aceito
Declaração de Instituição e	AUTORIZACAO_UBS_MAGALDI.pdf	17/04/2021 18:27:21	LOU MUNIZ ATEM	Aceito

Infraestrutura	AUTORIZACAO_UBS_MAGALDI.pdf	17/04/2021 18:27:21	LOU MUNIZ ATEM	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	24/04/2019 12:36:00	LOU MUNIZ ATEM	Aceito

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

SAO PAULO, 01 de Julho de 2021

Assinado por:

Kelly Polido Kaneshiro Olympio (Coordenador(a))

ANEXO 5 — Currículo Lattes Lou Muniz Atem

Lou Muniz Atem



Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/4310534264170640> Lattes:

4310534264170640

Última atualização do currículo em 30/01/2020

Possui graduação em Psicologia pela PUC/SP (1994) e título de Mestre em Psicologia Clínica também pela PUC/SP(2002). Atualmente é doutoranda pela Faculdade de Saúde Pública da USP no Departamento de Saúde, Ciclo de Vida e Sociedade, sob orientação da Profa. Dra. Fabiola Zioni. É especialista em Psicopatologia do Bebê, pela Universidade Paris Nord 13 - Paris/França (2007). Realizou também especializações em atendimento aos distúrbios graves da infância na USP (1998) e em Psicologia Clínica e Teoria Psicanalítica na PUC/SP (1996). Entre 2007 e 2013 foi diretora e presidente da OSCIP ENTRE LAÇOS, na qual atuou desenvolvendo projetos para a primeira infância e como docente em cursos de extensão e formação para educadores infantis. Desde 2014 é membro do LASAMEC - Laboratório de Saúde Mental Coletiva da Faculdade de Saúde Pública da USP, departamento de Saúde Ciclo de Vida e Sociedade, coordenado pelo Prof. Dr. Alberto Advíncula Reis. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome

Lou Muniz Atem 

Nome em citações bibliográficas

ATEM, L. M.

Lattes iD

 <http://lattes.cnpq.br/4310534264170640>

ANEXO 6 — Currículo Lattes Fabiola Zioni

Fabiola Zioni



Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/3865892368069931> ID Lattes:

3865892368069931

Última atualização do currículo em 25/02/2021

É graduada em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo (1973), possui títulos de mestre e doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1988/1994). Realizou pós-doutorado no Département de Sociologia da Université Victor Segalen, Bordeaux2, França. Atualmente é responsável pela disciplina de Abordagem Qualitativa em Pesquisa social em nutrição da Faculdade de Saúde Pública- USP: É professora livre-docente da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Pública com ênfase em Sociologia da Saúde, trabalhando com os seguintes temas: participação política e políticas públicas, determinantes sociais da saúde, exclusão social, métodos de pesquisa social em saúde, saúde mental. Foi presidente da Comissão de Cultura e Extensão da FSP-USP de 2006 a 2010. Foi coordenadora do Curso de Especialização à Distância Docência de Sociologia no Ensino Médio e autora e responsável pelo Bloco Sociologia - Teorias Clássicas e Contemporâneas e Temas e métodos de pesquisa em sociologia (USP- Secretaria de Estado de Educação - Estado de São Paulo). Foi diretora do Coral USP de 2012 a 2015. Coordenou projeto de extensão junto a Agentes Comunitários de Saúde, no Vale do Ribeira, em parceria com a Fundação Abrinq. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Fabiola Zioni
Nome em citações bibliográficas	ZIONI, F.; ZIONI, FABÍOLA; ZIONI, FABIOLA
Lattes iD	 http://lattes.cnpq.br/3865892368069931