

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS  
MESTRADO PROFISSIONAL  
PSICOLOGIA, DESENVOLVIMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS**

**THAYNÃ MAYARA CARNEIRO SILVA AMADO**

**PROGRAMA ACOLHE MÃE: OS EFEITOS DA INTERVENÇÃO  
PSICOLÓGICA NA GRAVIDEZ NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE  
NO MUNICÍPIO DE SÃO VICENTE**

**SANTOS  
2023**

**THAYNÃ MAYARA CARNEIRO SILVA AMADO**

**PROGRAMA ACOLHE MÃE: OS EFEITOS DA INTERVENÇÃO  
PSICOLÓGICA NA GRAVIDEZ NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE  
NO MUNICÍPIO DE SÃO VICENTE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Mestrado Profissional em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas da Universidade Católica de Santos.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Thalita Lacerda Nobre.

**SANTOS  
2023**

[Dados Internacionais de Catalogação]  
Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos  
Viviane Santos da Silva - CRB 8/6746

A481p Amado, Thaynã Mayara Carneiro Silva  
Programa acolhe mãe : os efeitos da intervenção psicológica  
na gravidez no serviço público de saúde no município  
de São Vicente / Thaynã Mayara Carneiro Silva Amado  
; orientadora Thalita Lacerda Nobre. -- 2023.  
119 f.; 30 cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de  
Santos, Programa de Pós-Graduação stricto sensu em  
Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas,  
2023

Inclui bibliografia

1. Gestação. 2. Psicologia. 3. Intervenção Psicológica.  
4. Políticas públicas. 5. Saúde pública. I. Nobre, Thalita  
Lacerda. II. Título.

CDU: Ed. 1997 -- 159.9(043.3)

**THAYNÃ MAYARA CARNEIRO SILVA AMADO**

**PROGRAMA ACOLHE MÃE: OS EFEITOS DA INTERVENÇÃO  
PSICOLÓGICA NA GRAVIDEZ NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE  
NO MUNICÍPIO DE SÃO VICENTE**

**Banca Examinadora**

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Miria Benincasa

---

Prof.<sup>o</sup> Dr. Mohamad Abdul Rahim

---

Orientadora Prof.<sup>a</sup> Dra.: Thalita Lacerda Nobre

**SANTOS  
2023**

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais, José (*in memoriam*) e Jilda,  
que podem não compreender muito desta  
forma de pensar, mas devem estar orgulhosos da  
minha dedicação.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pelo dom da vida, pela saúde e pela oportunidade que me deu em trabalhar com aquilo que eu amo.

Ao meu pai, José, por todo carinho, amor e afeto que me ofertou. Tivemos tão pouco tempo juntos, mas nesse tempo posso dizer que tive o pai mais carinhoso e atencioso que eu poderia ter. E, certamente, esta sólida relação de afeto sustenta toda a saudade que sinto dele.

A minha mãe, Jailda, por apoiar e incentivar meus estudos, minha independência e minha autonomia. Por ser meu porto seguro, minha referência de força, de determinação e de fé e, sem dúvidas, essa segurança me trouxe até aqui.

As minhas irmãs Walquíria e Valéria, por serem minhas melhores amigas, pela união que construímos, por todos os momentos de alegria e descontração e por serem minhas inspirações de estudantes, de profissionais e de mulheres.

Às mulheres da minha casa, do meu seio familiar, que me fizeram ter contato e conviver com o mais cerne da força da feminilidade e me ajudaram a me encontrar enquanto mulher, profissional, e todos os papéis que vieram a seguir.

Ao meu marido, Kayo, pelo companheirismo, amor e carinho, por ter me incentivado quando o mestrado era apenas uma ideia que parecia inalcançável e, acreditou em mim e no meu potencial antes mesmo que eu achasse que poderia ser capaz. Seu encorajamento fez diferença neste processo.

Ao Fundo Social de Solidariedade de São Vicente que foi onde tudo começou, com a oportunidade de conhecer diversas vulnerabilidades e ali ter a autonomia de criar um projeto que hoje se torna esta pesquisa.

A minha incrível equipe de trabalho no FSS/SV (Llays, Micarla e Geovane), a quem confio e me deu segurança para me ausentar em alguns momentos para que esta dissertação fosse construída; à equipe de Psicologia (Alessandra, Luciana, Igor e Mayara) que consegui montar para estruturar o trabalho com gestantes; aos alunos que fizeram estágio neste programa por nos auxiliarem com os atendimentos.

À Secretaria de Saúde de São Vicente que me possibilitou desenvolver este trabalho e esta pesquisa dentro de uma UBS, e ao Natan, psicólogo que me acompanha nesta jornada desde 2021, quando o Acolhe Mãe ainda era uma ideia.

À Universidade Católica de Santos, instituição que me acolheu quando eu tinha apenas 17 anos de idade, e que tem contribuído com a minha formação acadêmica há 13 anos e, atualmente, tenho a honra de receber e supervisionar os alunos de Psicologia em estágio no 4º ano.

A minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dra. Thalita Lacerda Nobre, por acompanhar meu percurso e amadurecimento acadêmico desde a graduação, por todos os ensinamentos, pela paciência e por ser uma mestra tão competente e excelente no que faz, e por me inspirar pelos caminhos da Psicanálise.

A minha banca de avaliação que foi escolhida com muito carinho: Prof. Dr. Mohamad, quem me ajudou a fundamentar o projeto Acolhe Mãe e a quem recorro sempre que preciso de uma orientação profissional; à Prof.<sup>a</sup> Dra. Miria Benincasa, que foi um presente que recebi no meio do mestrado e chegou para me trazer mais conhecimento acerca da gestação e da maternidade.

## EPÍGRAFE

*Que maravilhoso é que ninguém  
precise esperar nem um só  
momento antes de começar a  
melhorar o mundo.*

Anna Freud



AMADO, Thaynã Mayara Carneiro Silva. **Programa Acolhe Mãe: os Efeitos da Intervenção Psicológica na Gravidez no Serviço Público de Saúde no Município de São Vicente.** 2023. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas. Universidade Católica de Santos.

## RESUMO

Este estudo descreve o trabalho de acompanhamento psicológico individual na gestação que acontece dentro de uma Unidade Básica de Saúde, no município de São Vicente/SP, denominado Programa Acolhe Mãe. Para isso, faz-se um levantamento bibliográfico sobre o processo gestacional de uma mulher, no que concerne às implicações físicas, sociais e emocionais, além de ressaltar as contribuições da Psicologia e o olhar da Psicanálise com gestantes. Após este levantamento, averigua-se efetividade da intervenção psicológica na gravidez no serviço público de saúde na implicação da mulher em sua gestação, e, ainda, contribui com mais segurança, bem-estar e confiança para a mulher em período gestacional. Para isso, emprega-se o método exploratório com levantamento bibliográfico por proporcionar a construção de possibilidades dos mais variados pontos de vista na direção do fenômeno estudado. Utiliza-se o método de pesquisa qualitativa por se tratar de uma análise e interpretação psicológica dos relatos das participantes. Aplica-se, também, o método de pesquisa-intervenção com casos múltiplos que combina elementos de pesquisa e de intervenção, uma vez que os instrumentos foram aplicados no início e ao final dos atendimentos. A análise dos resultados demonstra que o acompanhamento psicológico promove acolhimento, mais tranquilidade, sentimento de confiança e, ainda, que as orientações referentes à maternidade, à feminilidade e informações sobre a gravidez proporcionam às gestantes um ganho de conscientização para a hora do parto e expectativas de cuidados com seus bebês, demonstrando que os efeitos da intervenção foram benéficos e profícuos.

**Palavras-chave:** Gestação, Psicologia, Intervenção Psicológica, Políticas Públicas, Saúde Pública.

## **ABSTRACT**

This study describes the work of individual psychological support during pregnancy that takes place within a Basic Health Unit, in the city of São Vicente/SP, called Programa Acolhe Mãe. To this end, a bibliographic survey is carried out on the gestational process of a woman, regarding the physical, social, and emotional implications, in addition to highlighting the contributions of Psychology and the perspective of Psychoanalysis with pregnant women. After this survey, it is determined whether psychological intervention during pregnancy in the public health service is effective in involving women in their pregnancy and whether the intervention contributes to greater safety, well-being, and confidence for women during the gestational period. To this end, the exploratory methodology with bibliographical survey is used to provide the construction of possibilities from the most varied points of view in the direction of the phenomenon studied. Quantitative and qualitative research methodology is used, the latter being more predominant as it involves a psychological analysis and interpretation of the participants' reports. The multiple-case intervention research method is also applied, which combines research and intervention elements, since the instruments were applied at the beginning and end of the care. The analysis of the results demonstrates that psychological support promoted welcoming, more tranquility, a feeling of trust and, furthermore, that the guidelines regarding motherhood, femininity and information about pregnancy provided pregnant women with a gain in awareness regarding the time of birth and expectations. care for their babies, demonstrating that the effects of the intervention were beneficial and fruitful.

**Keywords:** Pregnancy, Psychology, Psychological Intervention, Public Policies, Public Health.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Faixa etária	82
<b>Figura 2</b> - Estado Civil	83
<b>Figura 3</b> - Número de filhos	83
<b>Figura 4</b> - Grau de instrução	83
<b>Figura 5</b> - Profissão	84
<b>Figura 6</b> - Doenças ou comorbidades	84

## LISTA DE TABELAS

[Tabela 1 - Classificação Escala de Apego Materno-Fetal](#)

92

## SUMÁRIO

<b><u>INTRODUÇÃO</u></b>	<b>14</b>
<b><u>1. DIMENSÕES DA GESTAÇÃO</u></b>	<b>19</b>
<b><u>1.1 A concepção</u></b>	<b>19</b>
<b><u>1.2 Etapas da gestação</u></b>	<b>21</b>
<b><u>1.3 Parto normal, cesariana e o medo de parir</u></b>	<b>23</b>
<b><u>1.4 Extensões culturais e sociais da gestante e da maternidade</u></b>	<b>25</b>
<b><u>1.5 O apoio da família e da mãe da gestante</u></b>	<b>29</b>
<b><u>2. POLÍTICAS PÚBLICAS, PRÉ-NATAL E APOIO PSICOLÓGICO NA GESTAÇÃO</u></b>	<b>33</b>
<b><u>2.1 Políticas Públicas</u></b>	<b>33</b>
<b><u>2.2 Saúde Pública, Atenção Básica e a Prevenção em Saúde</u></b>	<b>37</b>
<b><u>2.3 Pré-natal médico</u></b>	<b>40</b>
<b><u>2.4 Visão integral da mulher grávida</u></b>	<b>42</b>
<b><u>2.5 Acolhimento e cuidado emocional na gestação</u></b>	<b>46</b>
<b><u>3. PSICOLOGIA NA GRAVIDEZ</u></b>	<b>51</b>
<b><u>3.1 Meio externo e hereditariedade</u></b>	<b>51</b>
<b><u>3.2 Aspectos emocionais</u></b>	<b>52</b>
<b><u>3.3 Medos comuns na gestação</u></b>	<b>56</b>
<b><u>3.4 Ansiedade e suas repercussões na gravidez</u></b>	<b>59</b>
<b><u>4. UM OLHAR PSICANALÍTICO</u></b>	<b>62</b>
<b><u>4.1 A técnica psicanalítica</u></b>	<b>62</b>
<b><u>4.2 Contribuições de Melanie Klein</u></b>	<b>65</b>
<b><u>4.3 Sexualidade, Feminilidade e relação mãe e filha</u></b>	<b>67</b>
<b><u>4.4 Noção de sujeito</u></b>	<b>73</b>
<b><u>4.5 O Desejo</u></b>	<b>75</b>
<b><u>5. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS NO PROCESSO DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA</u></b>	<b>77</b>
<b><u>5.1 Método</u></b>	<b>77</b>
<b><u>5.2 Participantes</u></b>	<b>78</b>

<b><u>5.3</u></b>	<b><u>Instrumentos</u></b>	<b>78</b>
<b><u>5.4</u></b>	<b><u>Procedimentos</u></b>	<b>80</b>
<b><u>5.5</u></b>	<b><u>Levantamento dos dados</u></b>	<b>81</b>
<b><u>5.6</u></b>	<b><u>Interpretação e discussão dos dados</u></b>	<b>85</b>
<b><u>5.6.1</u></b>	<b><u>Rede de apoio</u></b>	<b>85</b>
<b><u>5.6.2</u></b>	<b><u>Alterações no corpo e as repercussões emocionais</u></b>	<b>86</b>
<b><u>5.6.3</u></b>	<b><u>O sentido da maternidade</u></b>	<b>88</b>
<b><u>5.6.4</u></b>	<b><u>Espaço para a feminilidade</u></b>	<b>89</b>
<b><u>5.7</u></b>	<b><u>Resultados Escala de Apego Materno-Fetal (EAMF)</u></b>	<b>91</b>
<b><u>5.8</u></b>	<b><u>O que dizem as gestantes sobre o Acolhe Mãe</u></b>	<b>94</b>
<b><u>6.</u></b>	<b><u>PRODUTO TÉCNICO</u></b>	<b>97</b>
	<b><u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u></b>	<b>100</b>
	<b><u>REFERÊNCIAS</u></b>	<b>103</b>
	<b><u>ANEXOS</u></b>	<b>109</b>

## INTRODUÇÃO

Para contextualizar o objetivo deste estudo pontuam-se as inquietações que motivaram este trabalho. Diante da rotina de atuação no Fundo Social de Solidariedade na cidade de São Vicente/SP, é notada a necessidade de implementação de projetos sociais para a articulação das políticas públicas dentro do município. Entre eles, destaca-se este projeto, o qual procura oferecer atendimento psicológico para gestantes durante o pré-natal.

O objetivo deste trabalho na cidade de São Vicente/SP é oferecer às gestantes um momento de escuta qualificada e acolhimento de suas emoções diante do período de gravidez, uma vez que as mulheres em situação de vulnerabilidade social já buscavam o apoio do Fundo Social de Solidariedade por, tradicionalmente, realizar doações de itens de enxoval de bebê. A partir dessa proximidade com as grávidas, pensa-se em outro aspecto importante – o acompanhamento, o acolhimento em um processo de assistência psicológica na gestação com diversas ações de competência da Psicologia na intenção de promover acolhimento, oferecer informações, orientações, bem-estar, confiança, mais segurança, atenuação de angústias ou necessidades emocionais das gestantes atendidas.

Sendo assim, se o Fundo Social de Solidariedade já oferecia os enxovais para as gestantes, por que não proporcionar, antes disso, informações e outros cuidados nos encontros e tratar de questões da subjetividade das grávidas?

Com base nesses questionamentos e apontamentos, a autora dessa pesquisa cria, em 2021, o Programa Acolhe Mãe, com o intuito de ofertar atendimento psicológico para as gestantes de médio e alto risco dentro da Unidade Básica de Saúde Central (UBS Central). Um dos principais objetivos desse projeto, na ocasião, era colaborar com a saúde na tentativa de aumentar a adesão ao período de pré-natal, com o oferecimento de atendimento psicológico e doação de enxoval às gestantes. No entanto, tão logo os atendimentos iniciaram, percebeu-se a grande necessidade de assistência psicológica também para as gestantes de risco habitual, e a equipe optou por estender os atendimentos a todas as gestantes que manifestassem interesse ou que fossem encaminhadas pelos serviços de saúde do município, e não apenas as de médio e alto risco, como pensado inicialmente.

Depois de muitos estudos, pesquisas e orientações com professores, o projeto foi se estruturando e consolidando-se. Ao mesmo tempo, fazia-se uma interface com os profissionais da Secretaria de Saúde e da UBS Central, a fim de promover a implicação dos profissionais em rede para maior aplicabilidade do método proposto.

Dessa mesma maneira, pensou-se em adaptar uma sala dentro da UBS Central em um consultório de Psicologia, afinal, fazia pouco sentido realizar os atendimentos psicológicos dentro de um consultório médico com uma mesa dividindo as duas cadeiras, ou em uma sala de aplicação de vacinas, em meio a agulhas, medicamentos e utensílios para curativos. Houve uma preocupação em se criar um contexto terapêutico, com o intuito de possibilitar mais conforto, bem-estar e tranquilidade às pacientes e, assim, pudessem falar sob livre demanda. Muito além disso, ter um consultório de Psicologia dentro de uma UBS foi um marco histórico para a cidade, e um marco histórico para a Psicologia na Saúde Pública, especialmente na Atenção Básica. É como se dissesse: enfim, chegamos!

Em 2022, a equipe de coordenação do projeto aumentou e recebeu mais duas psicólogas, o que foi fundamental para o fortalecimento, expansão e aprimoramento. Neste mesmo ano, inaugurou-se o segundo consultório de Psicologia na saúde pública de São Vicente, no mesmo padrão do primeiro, chamado de “Consultório Professora Bel”, em homenagem à Doutora e Professora Maria Isabel Calil Stamato (*in memoriam*), uma das incentivadoras e entusiastas deste projeto antes mesmo de sua implementação. Desta vez, na Área Continental da cidade, no bairro Quarentenário, em um equipamento chamado “Saúde da Mulher”, submetido também à Atenção Básica, mas que tem o foco dos atendimentos concentrado na saúde integral da mulher, inclusive com realização de exames.

Com isso, em menos de dois anos de implementação do projeto, o Acolhe Mãe em São Vicente já conta com duas unidades de atendimento, uma equipe técnica mais consolidada, inclusive com estagiários de Psicologia, atendendo as duas áreas da cidade: continental e insular. Ressalta-se, aqui, a relevância social do programa que proporciona atendimento psicológico, psicoeducação e acolhimento às gestantes, contribuindo, inclusive, para o aumento da adesão ao pré-natal, com 70% das gestantes fazendo mais de sete consultas em pré-natal e 20% realizando entre quatro e seis consultas, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de



São Vicente (2023), índice recomendado pelo Ministério da Saúde, e alcançando um dos principais objetivos do programa.

A importância da intervenção psicológica com gestantes e a produção de pesquisa acadêmica que versem sobre a temática são relevantes para que, além de averiguar a efetividade do trabalho psicológico, seja possível ter dados concretos de que o papel da Psicologia é necessário e eficaz na sociedade e no serviço público de saúde.

Pensa-se que a Psicologia como ciência pode ter uma função social marcante, transformando e integrando as pessoas numa perspectiva preventiva de doenças mentais e conflitos interpessoais. Academicamente, é interessante pesquisar e colocar em ação as possibilidades que a Psicologia dispõe como uma ciência que promove a saúde dentro das articulações das políticas públicas.

A iniciativa deste projeto procura oferecer abertamente à comunidade e às mulheres do município de São Vicente em período de gestação um acompanhamento psicológico e também uma referência de apoio, amparo emocional e cuidado no decorrer do seu desenvolvimento.

A motivação do projeto consiste em acreditar que são inúmeras as dimensões do alcance que a Psicologia pode atingir beneficentemente com os cuidados em pré-natal psicológico em gestantes, como: a conquista de mais confiança, segurança, lugar de escuta qualificada, orientações e informações sobre a gravidez e o nascimento do filho.

Dessa forma, busca-se, inicialmente, em uma perspectiva voltada para a mulher, fazer um breve levantamento teórico a respeito da gestação, as mudanças físicas, sociais e emocionais de uma mulher grávida e a maternidade.

Em seguida, por se tratar de uma dissertação de Mestrado Profissional, inicia-se com artigos que apresentam trabalhos nesta linha, nos quais investiga-se a perspectiva da Psicologia com suporte da Psicanálise durante o processo em que a mulher gesta um novo ser em seu ventre, partindo do problema: quais são os efeitos da intervenção psicológica na gravidez no serviço público de saúde no município de São Vicente? Com a hipótese de que o atendimento psicológico proporcionará orientação sobre a gestação, maternidade e feminilidade, por meio de um ambiente de escuta e acolhimento para a futura mãe, proporcionando mais segurança, bem-estar e confiança.

Nesse sentido, ressaltam-se algumas observações sobre o pré-natal e o acompanhamento psicológico na gestação com pesquisas realizadas anteriormente. Trabalhos já realizados com gestantes, um breve histórico sobre pontos que norteiam a mulher, a gestação, a maternidade, feminilidade, os aspectos sociais, culturais, levantamentos que tragam uma visão ampla a respeito da mulher.

A partir disso, avalia-se, por meio dos resultados, se a intervenção psicológica com mulheres em período gestacional, realizado no Serviço Público de Saúde da Cidade de São Vicente, promoveu mais segurança, bem-estar e confiança nas gestantes atendidas.

A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde Central no Município de São Vicente, com a realização de cinco atendimentos psicológicos individuais em caráter de acolhimento e orientação, sendo que as gestantes atendidas foram encaminhadas pelas Unidades de Saúde Básica (UBS), Estratégia de Saúde da Família (ESF) e/ou pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) tão logo a gravidez foi confirmada. Além disso, o programa atendeu ainda gestantes que procuraram o Fundo Social de Solidariedade em busca de doação de enxoval e, após receberem orientações sobre o acompanhamento psicológico vigente, passaram a ter acesso aos atendimentos.

O método aplicado nesta pesquisa tem caráter qualitativo, com foco na análise dos dados obtidos por meio da aplicação da Escala de Apego Materno-Fetal e entrevista no início do primeiro atendimento e reaplicação da Escala de Apego Materno-Fetal e da mesma entrevista ao final do último atendimento com as gestantes participantes do programa, com o intuito de averiguar se as gestantes tiveram melhora em sua saúde mental, bem-estar e se há mais segurança em relação à gestação, ao bebê e em ser mãe, comparados ao início do tratamento. A interpretação dos dados obtidos é realizada com base nos autores aqui estudados e na pesquisa bibliográfica e exploratória realizada.

O objetivo deste trabalho é verificar em que medida o acompanhamento psicológico oferecido pelo Serviço Público de Saúde em São Vicente/SP tem efetividade na prevenção de saúde mental e na promoção de mais segurança, contentamento e confiança para a mulher em seu período gestacional. Por meio de um levantamento bibliográfico sobre o processo gestacional, analisa-se o estado emocional da gestante quando se inicia o acompanhamento psicológico e, ao final desse processo, verificam-se os efeitos e interpretam-se os resultados da

intervenção psicológica no pré-natal de gestantes usuárias do SUS em São Vicente/SP.

Assim, no primeiro capítulo desta pesquisa, aborda-se o conceito de gravidez no sentido biológico, a evolução da gestação no corpo da mulher com suas implicações físicas e sociais.

No segundo capítulo, apresenta-se, brevemente, sobre a política pública para embasamento de aspectos da importância sobre o pré-natal e o acompanhamento psicológico na gestação no Serviço Público de Saúde.

No terceiro capítulo, sem a intenção de sanar os levantamentos, ciente de que a profundidade do debate não é esgotável, busca-se trazer contribuições da Psicologia.

Dedica-se, no quarto capítulo, a fazer um levantamento sobre a técnica da Psicanálise, com o intuito de embasar a análise e interpretação dos dados obtidos neste estudo.

Abre-se o quinto capítulo, com os dados da aplicação do projeto, sobre o público, lugar de realização, a maneira que o projeto foi levado a cabo, a análise e interpretação de seus resultados.

Finaliza-se o trabalho com o sexto e último capítulo com o Produto Técnico, proposto pelo Programa de Mestrado Profissional, com uma propositura de continuação do trabalho como repercussão desta pesquisa.

## 1. DIMENSÕES DA GESTAÇÃO

Inaugura-se este capítulo pelos significados das palavras gestação e gravidez, e as observações referentes a esses conceitos. Busca-se compreender como acontece o desenvolvimento de uma gestação dentro do útero de uma mulher. Em uma perspectiva voltada para a mulher e futura mãe, trabalha-se ainda, neste capítulo, questões referentes às mudanças físicas, sociais e psicológicas de uma gestante, das quais esta última, terá ênfase no foco desta pesquisa e será abordado mais adiante.

Segundo o dicionário eletrônico *Michaelis* de Português (2015), a gravidez é um “estado da mulher, e das fêmeas em geral, durante o tempo em que se desenvolve o feto”. A palavra gravidez possui ainda um sinônimo que é a palavra gestação que, por sua vez, tem um sentido figurado de desenvolver ou produzir algo.

Sobre a etimologia da palavra, no endereço eletrônico “Origem da Palavra” (2022), a gestação surge do Latim *gerere* que significa gerar, e gravidez do latim *gravidus* que sugere carregar ou transportar um peso. Com essa definição, pode-se pensar que a gravidez pode ser um peso, não somente corporal, mas emocional.

O Ministério da Saúde pontua que a gravidez acontece a partir de um evento da fecundação do óvulo pelo espermatozoide. Essa fecundação geralmente sucede dentro do útero da mulher e, com isso, gerará um novo ser (BRASIL, 2020).

Para contribuir com essa construção, cita-se Bee e Boyd (2011, p. 55), quando explicam como ocorre o fenômeno da gravidez que, em sua forma mais comum, inúmeros espermatozoides são produzidos nos testículos do homem por dia e ao serem depositados na vagina de uma mulher, estes milhões de espermatozoides tentam alcançar, ao longo da cavidade vaginal, o colo do útero até as tubas uterinas.

### 1.1 A concepção

A concepção geralmente acontece a partir do momento em que o óvulo atravessa a tuba uterina. Se isso não ocorrer, o óvulo e todas as células espermáticas irão morrer. A fecundação é o fenômeno natural pelo qual o espermatozoide e o óvulo se unem para criar uma única célula chamada zigoto (BEE; BOYD, 2011).

As autoras salientam que a ciência da genética, a qual estuda a hereditariedade, ou seja, os fatores herdados biologicamente pelos pais do futuro bebê, ocorrem quando o espermatozoide do homem e o óvulo da mulher se juntam dando sequência a complexas transformações com essas influências genéticas nas características físicas e de temperamento do futuro bebê.

Com isso, as autoras ainda afirmam que a grande maioria das mulheres tem a ausência da menstruação como o maior sintoma que revela a gravidez. Mesmo não sendo muito confiável essa constatação, isto é, presença ou ausência do ciclo menstrual, há incidências de gestação com a presença do sangramento no início.

O fenômeno fisiológico, chamado gestação, pode resultar em uma gravidez tópica em que a implantação do embrião ocorre na cavidade uterina, em uma gravidez ectópica ou gravidez extrauterina que acontece embrionariamente fora do útero, ou seja, nas trompas ou em outros locais (BRASIL, 2020). Assim, depois de fecundado, o óvulo se desloca ao longo das trompas de falópio em direção ao útero. No útero, se formam um embrião e a placenta, cujo órgão alimentará o óvulo (BARBOZA; MOTA, 2010).

Tanto com intervenções da ciência com métodos de gestação mediada por laboratório, como por meio de relações sexuais, a gravidez tem uma duração média de quarenta semanas após o último ciclo menstrual, onde o feto vai se desenvolvendo na barriga da mulher. De acordo com o número de embriões, a gravidez pode ser única com apenas um embrião ou múltipla, com presença de dois ou mais embriões se desenvolvendo uma gestação gemelar (BRASIL, 2020).

Segundo Medeiros e Norman (2006), da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, o hormônio HCG – Gonadotrofina Coriônica Humana, o hormônio da gravidez, pode ser percebido em grande quantidade na urina de uma gestante a partir dos dez primeiros dias de gravidez. Esse hormônio só é encontrado em mulheres grávidas ou em pessoas com algumas doenças graves, por isso é considerado o hormônio das gestantes e detectado para confirmação da gestação em exame de urina em laboratório. De acordo com os esses autores, esse hormônio

é produzido dez dias após a instalação do espermatozoide e é responsável pelos sintomas típicos da gravidez como os enjoos matinais, cansaço e sensibilidade nos seios.

Bee e Boyd (2011) destacam a grande importância dos cuidados médicos até mesmo antes de engravidar considerando fatores como histórico familiar e vacinas, assim como o pré-natal médico com acompanhamento regular de exames clínicos e físicos. Além disso, orientações para evitar o tabagismo, álcool e outras drogas e o início de suplementação com ácido fólico e vitaminas.

Assim como os cuidados médicos, destaca-se ainda a importância de um olhar para as alterações físicas que acontecem desde o início da gravidez. Dessa maneira, Barboza e Mota (2010) descrevem algumas mudanças corporais que podem vir a revelar a gravidez: (1) o ciclo menstrual é interrompido, (2) as mamas ficam doloridas e sensíveis, (3) queixa de enjoos e vômitos, (4) a barriga começa a crescer e, por fim, (5) exames clínicos de laboratório, de sangue e urina, podem confirmar a gravidez. O período gestacional se dá com muitas mudanças e adaptações fisiológicas importantes para a manutenção e desenvolvimento do feto até o momento do parto.

Além do aumento do útero, há mudanças hormonais, mudanças na pélvis, na pele, trato digestivo, intestinos, mamas, sistema linfático, cardíaco, respiratório, urinário e metabólicos. Esse é um momento de grandes transformações para a mulher, para seu(sua) parceiro(a) e para toda a família. Durante o período da gestação, o corpo vai se modificar, preparando-se para o parto e para a maternidade.

Dessa forma, vale ressaltar ainda, as mudanças físicas mais específicas que sustentam com a afirmação de que, de fato, a gravidez é um período muito intenso e complexo. A fadiga e maior necessidade de cochilos, sangramentos e cólicas durante os primeiros dias da concepção em alguns casos, desejo de comer algo peculiar, dores de cabeça, fraquezas e tonturas nos primeiros meses.

## **1.2 Etapas da gestação**

A gravidez se desenvolve em três etapas: germinal, embrionário e fetal. Sequencialmente, nesses três momentos da gestação, o zigoto primeiramente

unicelular se acomoda e cresce, transformando-se em um embrião e, posteriormente, terá forma humana, ou seja, ao se desenvolver, torna-se um feto. (BEE; BOYD, 2011, p. 61).

Um feto desenvolve-se fundamentalmente crescendo de cima para baixo, ou seja, em direção da cabeça para os pés e do centro para as periferias do corpo. Isto é, um bebê, dentro da barriga de sua mãe, evolui a partir da cabeça e tronco e, mais tarde, seus membros e dedos.

Sendo assim, a fase germinal acontece nas duas primeiras semanas de idade gestacional. Nas primeiras horas, o zigoto entra em divisão e em duplicação das células. O próximo processo é o desdobração acelerado e arriscado, devido à fragilidade do ambiente pré-natal em direção ao sistema nervoso, ao trato respiratório e digestivo. O primeiro mês de gestação é o momento em que o bebê mais se desenvolve na vida gestacional, com esboço de vários órgãos, com veias que já circulam sangue, o cordão umbilical já inicia sua atividade e já existe a protuberância para a formação da face.

Dando sequência ao desenvolvimento fetal, a partir da oitava semana, com um pouco mais de nove gramas e dois centímetros, começam a surgir células que se transformarão nos ossos do bebê, há uma fina camada de pele, o estômago produz suco gástrico, os órgãos sexuais estão se desenvolvendo. Tudo acontece simultaneamente com o amadurecimento do feto até a fase final da gravidez.

Após oito semanas de desenvolvimento, o embrião é considerado um feto, isto é, está em forma humana e seguirá até o amadurecimento. Se todo o processo ocorrer como previsto, estará pronto para o nascimento por volta da quadragésima semana. (BARBOZA; MOTA, 2010).

No terceiro mês de vida pré-natal, o bebê atinge a capacidade de respirar, ainda possui a cabeça bem maior que o resto do corpo, abre e fecha a boca, engole e há alguns reflexos na boca, mãos e pés. Enquanto no quarto mês de vida intrauterina, a placenta já está totalmente formada, a mãe consegue sentir os chutes de seu bebê já que seus músculos estão desenvolvidos. (BEE; BOYD, 2011, p. 63).

No quinto mês de desenvolvimento, o bebê, com cerca de trinta centímetros, é agitado, se mexe e se estica. Já no sexto mês, o bebê, com aproximadamente trinta e cinco centímetros, diminui sua aceleração de crescimento e, pesando em média seiscentos gramas, possui camada de gordura na pele, já ouve e olha para todos os lados abrindo e fechando os olhos.

Ao final do sétimo mês de gravidez, o feto atinge peso considerável, entre um quilo e meio a dois quilos e meio, e possui capacidades de reflexos, como chupar o polegar, engolir e respirar.

Chegando ao fim da gestação, o bebê, com oito meses, já está ficando apertado na barriga de sua mãe, ganha mais camada de gordura sobre o corpo pesando cerca de dois quilos e meio a três quilos. E, no último mês, o bebê é mais eficaz com a operação de todos os seus órgãos e está pronto para o nascimento.

Para as autoras, o crescimento do feto acontece de maneira complexa e delicada na cavidade abdominal da mulher e isso pode ser acompanhado pelo médico obstetra com exames de ultrassonografia computadorizada, pelo qual se capta o ritmo do coração do bebê, mudanças e atividades do desenvolvimento e medições que são acompanhadas pelo pré-natal médico.

As autoras indicam que os bebês demonstram ter lembranças da vida intrauterina, revelam capacidade de aprender dentro do útero e identificar sons dos quais tiveram ouvido anteriormente. Nesse sentido, todo o contexto do ambiente do feto, que é o corpo de sua mãe, interfere no seu crescimento, sejam eles a alimentação, os hábitos de forma geral, humor e exposição ao estresse, por exemplo.

### **1.3 Parto normal, cesariana e o medo de parir**

O parto é o momento de expulsão do feto que se desenvolveu durante nove meses na barriga de uma gestante. Sendo os hormônios estrogênio e progesterona predominantes em uma mulher, a queda do progesterona e o aumento do estrogênio assim como a ocitocina, provoca as contrações uterinas. Essas contrações podem levar horas até que o feto saia pela cavidade da vagina em um parto normal. (BARBOZA; MOTA, 2010).

A partir de seus estudos em uma pesquisa com quarenta e cinco gestantes, Pereira, Franco e Baldin (2011), afirmam que as cesáreas viraram tendência quando seus procedimentos se apresentavam seguros e reduziam a morbidade materno-fetal, devido à evolução de métodos cirúrgicos e restrição das complexidades pós-operatórias.



Dessa forma, os autores baseiam-se em Spink (2003), ao referirem que as mães se mostram aflitas quanto ao processo do parto principalmente pela dor e pelas complicações dentro do parto normal. O medo da dor e do desconhecido são fatores socioculturais que têm poder sobre a representação da gestante favorecendo as cesáreas, a partir da falta de informação dos benefícios do parto normal para a mãe e para o bebê. Nas entrevistas com as grávidas, esse medo do processo do parto e das dores que podem sentir são o que mais influenciam na decisão sobre como querem ter seus filhos.

De acordo com Ferey e Pelegrio (2018) do Jornal Folha de São Paulo, o Brasil é o segundo maior país com taxas de partos cesarianas do mundo com 55,5% dos partos, perdendo apenas para República Dominicana, com 58,1%. E apenas 10% a 15% dos partos são cesarianas por motivos médicos. O índice se expande tanto nos hospitais públicos quanto nos hospitais particulares que evidencia uma tendência a partos cesarianos.

Os autores ressaltam que a recuperação da mãe pode ser mais demorada e complicada, com possibilidade de apresentar problemas no próximo parto. Estudos mostraram que os bebês nascidos de cesarianas não são expostos aos mesmos hormônios e bactérias, nem aos processos físicos a que aos nascidos de parto normal são submetidos, afetando a saúde do bebê.

De acordo com Santos-Neto *et al.* (2008) do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, no ano de 1992, no Brasil, o Ministério da Saúde reconfigurou a prestação dos cuidados ao parto e ao nascimento. E no ano de 2000, implementou, a partir das recomendações da Organização Mundial de Saúde – OMS, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, anteriormente dominados pelos médicos e hospitais sem um papel ativo na mulher grávida.

Para que ocorram essas mudanças na assistência pré-natal, é preciso mudar a forma como se enxerga a individualidade da mulher, promovendo-a a protagonista fundamental de sua gestação para essa nova forma de atenção, postulam Tostes e Seidl (2016).

As autoras mencionam que é necessário levar em consideração o grande número de partos cesarianas, em maioria, de procedimento no setor privado, fazendo com que o Brasil, em 2008, tomasse medidas para a implementação de partos normais com a Política Nacional pelo Parto Natural.

Dessa maneira, é importante ressaltar que, o que é experimentado e vivido por uma mulher grávida, o período de gestação e, especialmente o parto, promovem consequências para o puerpério e influencia na visão que se tem da maternidade.

Basso e Monticelli (2010) afirmam que a vivência do parto para muitas culturas é expressa com receio, como algo temido, com sofrimento e possibilidade de morte que aterroriza. Esses medos, em destaque para o medo da dor, influenciam as mulheres na busca pelo parto cesáreo.

Assim, Tostes e Seidl (2016) acreditam que o parto tem uma construção dinâmica na cultura em que a gestante está inserida, a forma como ele acontece está relacionada, em grande parte, às influências culturais. Na cultura brasileira, não raro, o parto natural é temido e está atrelado ao medo da dor e da falta de informação sobre os procedimentos do trabalho de parto. O receio do desconhecido amedronta as mulheres.

As autoras se apoiam em Dias e Deslandes (2006) para citar que este tabu sobre o parto está relacionado às experiências de grávidas com informações e conversas leigas anteriores ao parto, com informativos tendenciosos que causam amedrontamento nas mulheres e famílias. E, completam que a manifestação da dor não é exclusivamente orgânica, mas uma experiência subjetiva de cada sujeito, podendo ser uma construção cultural.

Dessa maneira, cabe refletir acerca da importância de um acompanhamento psicológico na gestação, para que questões como essas sejam trabalhadas, com informações e orientações de gestantes a respeito da sua gravidez e trabalho de parto em sua construção simbólica.

#### **1.4 Extensões culturais e sociais da gestante e da maternidade**

Busca-se com Maria Tereza Maldonado em seu clássico livro, já na quinta reimpressão, *Psicologia da Gravidez* (2017), suas contribuições que fazem muito sentido com o que se pretende discutir nesses apontamentos teóricos, a começar por um breve levantamento sobre os aspectos históricos acerca da maternidade.

No decorrer dos tempos, culturas e gerações, a começar por Eva, uma figura cristã feminina, mais erotizada e pecadora, sendo pouco lembrada como personificação da maternidade. E a segunda personalidade feminina cristã, Maria, mãe de Jesus, que o concebe sem sexo, considerada mais pura, por isso, mais

relacionada à maternidade como algo sagrado. Nesse viés, a maternidade é entendida, por muito tempo, como algo divino, e a infertilidade, uma punição.

A autora descreve que engravidar já foi considerado algo de esperança em tempos difíceis no continente Europeu no século XVI quando uma doença devastou boa parte da população.

Durante o século seguinte, o parto e as implicações das gestações passam por muitas mudanças. Naquela época, é considerado um assunto exclusivamente do público feminino. E as parteiras, por sua vez, proporcionam um ambiente acolhedor, assim como suas mães. Elas têm seus rituais, orações, amuletos e fórmulas caseiras que ajudam no processo do parto e no alívio das dores.

Gradativamente, o médico surge nesse cenário, e as parteiras são paulatinamente excluídas. O modo como as mulheres têm seus bebês passa a ser um quesito também pertencente aos homens. Elas são submetidas a cirurgias realizadas por homens com mais frequência. É assim que o médico se converte no protagonista. Enquanto o pai sai das proximidades do momento do parto, a mulher fica aos cuidados médicos. (MALDONADO, 2017).

Essas mudanças não transformaram apenas a forma de a mulher parir seu filho. A medicina passa a produzir instrumentos, como por exemplo, o fórceps, que auxilia na puxada do bebê para fora de sua mãe. É incontestável que esses e outros instrumentos, como o parto cesariano, tenham salvado muitas vidas, mas as parteiras deixam de ser essenciais, e o parto se torna algo de dominância dos médicos, assim aponta a autora.

No século XVI, a maioria dos bebês têm suas amas para amamentá-los e criá-los durante o primeiro ano de vida. Como essas amas, em muitos momentos, tinham muitos bebês para cuidar, havia altas taxas de mortalidade infantil.

No século XVII, surge na Europa as instituições para crianças abandonadas, além de muita prática de aborto por filhos ilegítimos. Havia ainda, nesse período, uma noção de indiferença da figura da mãe na criação e educação de seu filho. Nesse sentido, a autora salienta que ser mãe não está ligado aos instintos da mulher, mas é um sentimento que pode ser desenvolvido e tem sua forma de se manifestar ou não, a depender de cada mulher, sua história e contexto.

Sequencialmente, no século XVIII, já se enfatiza a necessidade da mãe nos cuidados com o filho, passando a ser, em primeira instância, responsabilidade da mãe. A partir disso, a mortalidade infantil diminui, o que confirma que o investimento

afetivo materno no recém-nascido proporciona um ambiente propício para que o bebê se desenvolva.

De acordo com Maldonado (2017), no período Iluminista, os médicos adotam uma visão de que a mãe tem que cuidar em primeira mão de seu filho, amamentar e ser devota a seu bebê. Como se a mulher tivesse naturalmente um instinto para ser mãe, e o oposto disso era uma postura repugnante.

Nessa época também, a mulher casada é direcionada apenas para a procriação, os homens quando não querem engravidar suas mulheres buscam prostitutas. Em caso de gravidez da esposa, os médicos orientavam a gestante a não ter relações sexuais para impedir acidentes e porque não era certo ter desejos sexuais, já que ela está esperando um bebê.

Somente no século XVIII, desenvolve-se uma prática de inserção da mãe na educação e na religião, enfatizando que a criança fique sob os cuidados exclusivos da mãe. E, então, a partir dessa idade, a criança passa a ser parte do universo dos adultos. Ao final deste mesmo século, há uma enaltação do afeto da mãe para com seu filho no meio político, filosófico e médico. O pioneiro a falar sobre o amor materno foi o filósofo Rousseau enfatizando a ligação de amor e carinho entre mãe e filho sentida a partir do contato físico.

Segundo a autora, a ideia de mãe no sentido social ganha espaço juntamente com as noções de criança no século XIX. No século XX, as mães são as responsáveis e até culpadas pelas dificuldades de seus filhos, sofrendo socialmente uma espécie de pressão para serem sempre boas e presentes, assumindo as obrigações com a educação e controle das crianças.

No século atual, XXI, o que se percebe é uma maior predisposição de uma parceria entre os pais com a atenção aos filhos. Diante de um contexto em que tanto a mulher como o homem estão no mercado de trabalho, o pai entrou mais na relação de cuidados com as crianças.

Vale ressaltar que o bebê, dentro do útero, já sofre influências do mundo externo através do corpo de sua mãe, e se a vida intrauterina já influencia e modifica as ações genéticas do ser humano, então, faz-se necessário exercer esforços para um trabalho preventivo e de cuidado gestacional. (MALDONADO, 2017).

Não esquecendo do olhar voltado para a mulher e sua feminilidade, que já foi uma menina, é também filha de alguém, pode ser irmã de alguém, pode ser amiga. Ao crescer, uma profissional, uma namorada, talvez uma esposa. Ao tornar-se mãe,

inicia com a maternidade mais uma área, mais um setor em sua vida, que exige dela uma nova vivência, uma outra função, uma divisão do seu tempo, redistribuição da sua atenção, porém em um dos campos mais complexos do desenvolvimento humano, a gravidez e, em seguida, o parto e a função materna. A mulher, portanto, reajusta-se na sua identidade, a imagem que fazem dela precisa mudar, mudam também suas redes de relacionamento e surge toda uma alteração familiar com a gravidez.

Contribuem com essa reflexão, a doutora em enfermagem Leila Rangel da Silva e a mestra em enfermagem Laura Johanson da Silva (2009) da Universidade Federal do Rio de Janeiro, quando citam que, com a gestação acontecem muitas transformações na vida de uma família, podendo ser considerada uma crise evolutiva, porque faz parte do desenvolvimento dos seres humanos que exige muitas adaptações a essas mudanças.

A gravidez não é somente uma atividade de experiência meramente corporal e biológica, é também uma experiência cultural devido a seus símbolos, que muitos podem confundir com algo natural (BARBOZA; MOTA, 2010).

Além de algumas alterações da gestante já mencionadas, as autoras acreditam que há ainda muitas modificações causadas na espera de um novo membro da família no sentido afetivo, estrutural, econômico e social na busca de manter uma homeostase no ambiente e relações interpessoais.

Corroboram nesse sentido Silva e Silva (2009, p. 394), quando destacam que:

A experiência de gerar um filho é um momento de destaque no ciclo vital da mulher e do homem com repercussões importantes para seus meios familiares. Assim, a gestação, invariavelmente, é um período de intensas mudanças no corpo e na psique da mulher, além das expectativas, planos e projetos desenvolvidos pela família. Tal processo de significação está intrinsecamente ligado ao envolvimento psicoafetivo da unidade familiar.

De acordo com a antropóloga Paim (1998), a gestação e a reprodução do ser humano não são apenas fatos biológicos, esses fenômenos abarcam muitas dimensões e construções sociais. Há uma gama de fatores históricos e simbólicos diante da gravidez que fazem parte de uma vivência cultural.

Dessa forma, a gravidez e a maternidade precisam ser analisadas vinculadas aos valores da cultura do grupo social e seus significados. Um exemplo disso pode ser ressaltado com Mauss (1974, p. 412), quando afirma que na Índia as mulheres

ganham seus filhos em pé, enquanto na Europa, as mulheres concebem seus bebês de cócoras ou deitadas, sendo que essas preferências não são individuais, mas influenciadas pela cultura em que estão inseridas.

Um indício que prova a construção do caráter social da gravidez e da maternidade pode ser demonstrado com Paim (1998, p. 38), ao relatar que na tribo Nova Guiné, entre os *Mundugomor* ao saberem de uma gravidez, a descoberta é recebida com insatisfação e descontentamento entre eles. Por conseguinte, as mães não querem amamentar seus filhos, e esses momentos iniciais são frisados com aborrecimentos e incômodos. Nessa tribo, as características são de maior violência, e as crianças tendem a se tornar mais agressivas, na busca por sobreviverem em um lugar hostil.

Enquanto os povos do *Arapesh* são mais afáveis e dão mais cuidados aos seus bebês. Enquanto dentro da tribo Guiné, um terceiro subgrupo, os *Tchambuli*, compõe-se de mulheres que se ajudam aos cuidados com bebês e crianças e há um forte compromisso dos pais diante dos cuidados com os pequenos. (PAIM, 1998, p. 38).

A partir desses apontamentos, vale ressaltar que muitos costumes podem ser confundidos como naturais, mas são construções culturais cristalizadas e simbolicamente impostas ao sujeito desde seu nascimento e inserção social. Com isso, arrisca-se com a reflexão de que o ato de andar, ou seja, caminhar, de um indivíduo é algo natural, mas a maneira como ele anda pode ser potencialmente persuadida ao longo de seu acultramento no meio onde vive. Indo um pouco além na reflexão do estudo social e antropológico, essa visão por meio do que se vê, ao perceber o comportamento, muitas vezes repetidos de maneira inconsciente por gerações, podem permitir a intervenção de especificidades científicas, como no caso dessa pesquisa com uma abordagem da Psicologia na contribuição do bem-estar social.

A docente Claudia Barcellos Rezende (2011), do Departamento de Ciências Sociais da UERJ, apresenta um levantamento que vem ao encontro do que se quer apontar sobre a evolução da maternidade.

Assim como para Maldonado (2017), Rezende (2011) acredita que o Ocidente passa por muitas mudanças a respeito da maternidade e da família nos últimos séculos. A autora cita Áries (1981), para salientar a modificação da família extensa para a forma nuclear a partir do século XVII, com base no afeto entre pais e filhos. A

mãe torna-se mais responsável pela criação, educação e afetividade para com seus filhos, surgindo assim, uma forte ligação entre a maternidade e feminilidade (REZENDE, 2011).

A maternidade é uma certeza para a mulher que se casa em torno da década de 1950 no Brasil. No século XX, com a mulher começando a ocupar o mercado de trabalho e utilizando os métodos contraceptivos, surge a possibilidade de escolher ser mãe. Com essas transformações, os casamentos e as uniões de cônjuges se fundam com base no sentimento e não mais por imposições sociais.

### **1.5 O apoio da família e da mãe da gestante**

Nos estudos de Rezende (2011), pode-se compreender o quanto o apoio da família e da mãe da gestante pode contribuir para que a mulher grávida se sinta mais confiante e segura durante o período de gestação e para os desafios da maternidade.

Dessa maneira, nesse mesmo artigo, apresenta-se uma pesquisa de campo com mulheres grávidas de classe média, a partir de entrevistas e acompanhamento de um grupo de gestantes no Rio de Janeiro em 2008, apresentado em seu trabalho “Um estado emotivo: representação da gravidez na mídia”, aspectos de comparações referentes às emoções das gestantes de sua pesquisa com as imagens expostas na “Revista da Gestante”.

A autora salienta a responsabilidade de um meio de comunicação por influenciar em valores e visão de mundo. A Revista da Gestante pode ser definida como “um gênero da literatura de autoajuda, que tem como traço principal, o discurso prescritivo, cujo maior objetivo é sugerir regras de conduta e dar conselhos” (p. 318). Ou seja, a revista aponta para uma direção de que a felicidade para as gestantes é obrigatória e alcançada a partir de seus métodos apresentados de um modo generalizado.

Assim, a autora descreve que a Revista da Gestante tem como tema principal o autocontrole, autodomínio ou exatidão na dinâmica da mulher grávida em todos os setores de sua vida, como condições ideais, o que pode justificar o sentimento de ansiedade e medo. Esses sentimentos também foram constatados em sua pesquisa com as gestantes em 2008. Eles são justificáveis pelas mudanças corporais,

fisiológicas, hormonais desencadeados em cada corpo e suas reações particulares. Outro dado que pode explicar a ansiedade em gestantes são os comentários infundados de familiares e amigos, assim como o laço com o marido pode mudar e precisar de reajustes, por exemplo. Nessa perspectiva, a gravidez é entendida como um estado mais emotivo.

A revista em questão coloca o médico como a única fonte a passar segurança para a gestante e apoio para recuperação do autocontrole, devido ao saber inquestionável da medicina e perspectiva de um corpo tecnicamente medicado.

Na pesquisa da autora, as gestantes não se sentem seguras apenas com o médico, elas também buscam informações no meio digital e em livros. A calma e a sensação de segurança advêm da psicóloga coordenadora do grupo, por seu modo afetuoso de conduzir as gestantes e principalmente das suas famílias que são cruciais para diminuir o sentimento de medo e ansiedade demonstrados.

Nesse ínterim, a pesquisadora aponta no estudo que a visão da Revista da Gestante enfatiza que é unicamente a gestante, por si só, quem precisa buscar por sua autonomia e segurança, sugerindo atalhos e informações advindas de fontes não comprovadamente eficazes para atingir a meta. No entanto, no trabalho da autora com as gestantes, a diminuição da ansiedade foi possível com o apoio de sua família, essencialmente com o apoio da mãe da gestante.

A partir disso, arrisca-se em analisar que o apoio mais consistente que uma gestante pode ter é o de sua mãe, mulheres de sua família ou mulheres próximas a ela. Tal pesquisa nos permite perceber que a confiança de uma mulher que vai ter seu bebê pode ser transmitida por outra mulher que já passou por essa vivência, mulher com a qual a gestante possui um vínculo.

Assim, a autora descreve, se baseando em Schneider (1968), que a mulher engravida por meio de um ato sexual enquanto relação social. A consequência do ato social de relação sexual implica na formação de uma nova família e outras mudanças com a chegada de um novo membro. Essas mudanças não podem ser de responsabilidade única e apenas da gestante. Dessa maneira, entende-se que, quando sua família se compromete com apoio, a gestante pode diminuir seu sentimento de ansiedade.

De acordo com Dessen e Braz (2000, p. 222) que realizaram uma pesquisa sobre a “Rede Social de Apoio Durante Transições Familiares Decorrente do Nascimento de Filhos”, do Laboratório de Investigação e Intervenção Psicossocial da



Universidade Federal de São João Del-Rei, os futuros pais precisam encontrar formas para lidar com a nova situação. O mais comum é o apoio social com pessoas próximas para a adaptação, a reconfiguração da família e a divisão das responsabilidades.

Em muitos artigos pesquisados, assim como o das autoras Zanatta, Pereira e Alves (2017, p. 4) que citam Lopes *et al.* (2010), afirmam que a mãe da gestante e futura avó, ou mulheres mais velhas que já tiveram filhos são sempre citadas como as fontes de apoio e possibilidade de transferir confiança e segurança para lidar com a situação da gestação e do bebê.

A partir disso, reflete-se que a maternidade se aproxima do feminino e que uma mulher é capaz de passar confiança para a outra. Como aponta Felice (2007):

As relações da mulher com a própria mãe vão gerar modelos internos de maternidade. Modelos positivos, que transmitem a ideia de que ser mãe é uma experiência gratificante, feliz e enriquecedora, e modelos negativos, que contêm a imagem de mãe escrava, infeliz, sobrecarregada e danificada, são incorporados pela mulher desde sua infância. Tais modelos farão parte do universo mental feminino, e com eles a mulher tende a se identificar ao cumprir seu papel materno (FELICE, 2007, p. 146).

Nesse ínterim, é importante destacar a relevância do parceiro no processo gestacional, que é fundamental nessa fase de transformação e estabelecimento da maternidade, uma vez que não deve se limitar apenas a dividir tarefas, mas ter comprometimento e implicação afetiva com a mãe e o bebê. (ZANATTA; PEREIRA; ALVES, 2017, p. 10).

Dessa forma, salienta-se uma mudança no comportamento do homem com o passar dos anos, que tem assumido cada vez mais sua função em relação à família no sentido participativo. Assim, Winnicott (1982, p. 129) afirma que a figura paterna é fundamental para dar à mãe suporte emocional, ser um pilar para a sua autoridade.

## **2. POLÍTICAS PÚBLICAS, PRÉ-NATAL E APOIO PSICOLÓGICO NA GESTAÇÃO**

Nesta parte do trabalho, apresentam-se alguns apontamentos acerca do que é política pública, estudos sobre o pré-natal médico e o acompanhamento psicológico durante a gravidez, na intenção de ampliar o olhar diante das necessidades da mulher grávida.

### **2.1 Políticas Públicas**

De acordo com Celina Souza (2006, p. 20), *PHD* em Ciência Política pela *London School of Economics and Political Science* (LSE), pesquisadora do Centro de Recursos Humanos (CRH) da Universidade Federal da Bahia, em seu artigo “Políticas Públicas: uma revisão da literatura”, preconiza o cenário das políticas restritivas de gasto em países desenvolvidos: “o desenho e a execução de políticas públicas, tanto as econômicas como as sociais, ganharam maior visibilidade”.

Conseqüentemente, a autora ressalta que se desenvolveram novas diretrizes sobre o papel dos governos, mudando as políticas *keynesianas* do pós-guerra por políticas que delimitavam gastos. Principalmente nos anos 80 em países da América Latina com muita inflação. No entanto, na maioria desses países ainda não se alcançaram minimamente posições de políticas públicas que melhorem a economia e promovam a inclusão da sociedade.

A escritora descreve que, enquanto conhecimento acadêmico, políticas públicas foram desenvolvidas nos Estados Unidos com o objetivo de atender ao governo. Já mais voltados para o Estado e suas instituições, surgiram na Europa o pressuposto de que no âmbito democrático as ações realizadas ou não pelo governo podem ser analisadas por pesquisadores independentes.

Os estudos do mundo político para os norte-americanos se direcionam com influência de Madison para controle das instituições dos exageros das tentações humanas, depois caminham para uma tradição de Thomas Paine e Alex de Tocqueville, que avaliavam nas organizações locais, uma virtude cívica para promoção de um bom governo. As políticas públicas aparecem como uma vertente da ciência política que busca compreender como e por que os governos tomam determinadas decisões. (SOUZA, 2006).

Assim, afirma que as políticas públicas, tal como se apresenta inicialmente, entra como ferramenta das decisões do governo sendo produto da Guerra Fria e do poder da tecnocracia por influência de Robert McNamara nos EUA em 1948. Um grupo de cientistas políticos, analistas de sistema, sociólogos e pesquisadores de outras diversas áreas mostravam como era possível uma guerra virar um jogo racional, um trabalho para tomada de decisões do governo. Posteriormente, essa proposta se expande para a política social.

Segundo Souza (2006, p. 40):

Disso pode-se concluir que o principal foco analítico da política pública está na identificação do tipo de problema que a política pública visa corrigir, na chegada desse problema ao sistema político (*politics*) e à sociedade política (*polity*), e nas instituições/ regras que irão modelar a decisão e a implementação da política pública.

De acordo com a autora, há na área de políticas públicas quatro personalidades importantes em sua criação, H. Laswell (1936) que introduziu a expressão *policy analysis* (análise de política pública), na década de 1930, na intenção de unir a ciência e as ações dos governos, bem como para conquistar uma conversa mais próxima entre os cientistas sociais e governo.

O conceito de racionalidade limitada dos decisores públicos, chamados *policy makers*, que segundo H. Simon (1957), poderia ser minimizado por meio do conhecimento racional. Já C. Lindblom (1959-1979) questionou a ênfase no racionalismo de Laswell e Simon, propôs a incorporação de outras variáveis na

formulação e na análise de políticas públicas, com a relação de poder. Assim, as questões de racionalidade na política precisam de limites, entrando por exemplo, o papel das eleições, as burocracias, dos partidos e dos grupos de interesse.

Por fim, D. Easton (1965) contribuiu para a área das políticas públicas demarcando a política pública como um sistema, como uma relação entre formulação, resultados e o ambiente. Para Easton, políticas públicas recebem entradas dos partidos, da mídia e dos grupos de interesse, os quais influenciam seus resultados e seus efeitos.

Para a autora (2006, p. 24), há algumas definições de políticas públicas. Souza aborda Mead (1995), que define as políticas públicas como uma parte dos estudos da política que avalia o governo. Lynn (1980) afirma que elas são um composto de ações específicas do governo. Peters (1986) pensa a política pública como uma “soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos”. Dye (1984) afirma ser um resumo do que o governo escolhe fazer ou não fazer, isto é, o fazer nada também é uma forma de política pública.

No entanto, Souza (2006, p. 24) ressalta que a “definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por que e que diferença faz”.

De acordo com a autora, as identificações dos significados do conceito de políticas públicas apontam para um fator importante, uma visão total, integral a respeito delas, não focando na definição do termo somente no papel do governo, não deixando de fora as contribuições de instituições e grupos sociais, mas assumindo um olhar holístico.

As definições de políticas públicas assumem, em geral, uma visão holística do tema, uma perspectiva de que o todo é mais importante do que a soma das partes e que indivíduos, instituições, interações, ideologia e interesses contam, mesmo que existam diferenças sobre a importância relativa destes fatores. (SOUZA, 2006, p. 25).

A política pública é um ramo da ciência política, porém, não se resume a apenas isso. É um campo de conhecimento multidisciplinar, ou seja, um território de muitos pontos teóricos de visão científica, cabendo outras áreas do conhecimento, além de ter a função de um olhar sociológico da ciência e da economia pública, que

busca impulsionar as ações do governo e propor mudanças e adaptações no curso destas ações a depender das necessidades e prioridades sociais.

Os elementos principais das políticas públicas podem ser: avaliar as ações do governo de maneira abrangente com decisões formais e informais, não se limitar as regras, ser intencional com objetivos para alcançar, com impactos aparentes em curto prazo, com a capacidade de se tornar uma política de longo prazo.

Cabe ao governo implementar políticas públicas ou até mesmo outras instituições que participam do processo decisório, além de grupos de interesse e movimentos sociais que influenciam na política. Assim, cada país tem sua capacidade e suas condições, a partir de um momento histórico.

Segundo Leonardo Secchi, em sua obra "Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos" (2014, p.1), a política pública é "uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público [e] possui dois elementos fundamentais: intencionalidade pública e resposta a um problema público". O autor salienta existirem duas abordagens de políticas públicas. Sendo elas, a estatista (*state centered policy-making*), que leva em conta "as políticas públicas, analiticamente, monopólio de atores estatais"; e a multicêntrica, considerando as "organizações privadas, organizações não governamentais, organismos multilaterais, redes de políticas públicas (*policy networks*), juntamente com os atores estatais, protagonistas no estabelecimento das políticas públicas." (p. 2).

Assim como Souza (2006), Secchi (2014) também considera que a elaboração das políticas públicas (*policy-making process*) acontecem em sete fases, (1) identificação do problema, (2) formação da agenda, (3) formulação de alternativas, (4) tomada de decisão, (5) implementação, (6) avaliação e (7) extinção. Essas fases são conhecidas como um ciclo de políticas públicas (*policy cycle*).

Na identificação, reconhece-se o problema, como está e como gostaria que ficasse. Na formação da agenda, um conjunto de problemas importantes que merecem uma intervenção. Na formulação de alternativas, pensa-se a maneira, a estratégia de ação para chegar ao objetivo. Na tomada de decisão, os atores, racionalmente, decidem o método e o objetivo para resolver o problema público. Na implementação da política pública, seja ela nas áreas de educação, saúde, moradia, saneamento etc., avalia-se um modelo bem construído, verificando se houve falhas anteriores para evitar erros. É no Ciclo de Políticas Públicas que se verifica o processo de julgamento deliberado e a validade da proposta para a ação. E, na

última, é quando se extingue a política pública, quando se resolve a questão, quando o problema não é mais tão importante, ou quando não foi eficaz. (SECCHI, 2014).

Segundo Maldonado (2017), os conhecimentos sobre o início da vida englobam as áreas da ciência, a Psicologia está entre elas com a intenção de inspirar a formação de políticas públicas.

Nesse sentido, considerando a intervenção profissional da área da saúde na assistência pré-natal uma política pública e sua interferência de maneira positiva, ou seja, como uma gestante colocará em prática sua maternidade, volta-se o olhar para essa ferramenta e recurso sociais.

## **2.2 Saúde Pública, Atenção Básica e a Prevenção em Saúde**

A pesquisa a que esse trabalho se refere ocorre dentro de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de São Vicente situado na região da Baixada Santista, no litoral do estado de São Paulo, ou seja, dentro do eixo da Atenção Básica na Rede de Saúde Municipal.

São Vicente conta com 329.911 habitantes, segundo o último censo do IBGE de 2022, ocupando a 22ª posição em maiores municípios no Estado de São Paulo e, atualmente, dispõe de uma Rede de Atenção Básica de Saúde composta por 27 Unidades Básicas de Saúde (UBSs).

A Política Nacional de Saúde no Brasil, conforme normativas do Ministério da Saúde, é delineada por diretrizes que visam garantir o acesso universal, a integralidade, a equidade e a participação social no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa política é respaldada pela Lei nº 8.080/1990, que estabelece as bases para a organização do sistema de saúde no país. Um dos principais fundamentos da Política Nacional de Saúde é a compreensão da saúde como um direito de todos e dever do Estado, refletindo o compromisso do governo em fornecer serviços de saúde que atendam às necessidades da população, com o intuito de abranger desde a promoção da saúde até a assistência médica, com foco na prevenção de doenças e na promoção de práticas saudáveis. (SAÚDE, 2017).

A integralidade do cuidado é um ponto central dessa Política, promovendo a abordagem holística da saúde e considerando tanto os aspectos físicos quanto os psicossociais. Dessa forma, a normativa do Ministério da Saúde, que guia a Política Nacional de Saúde, reforça que a administração dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os Municípios, conforme determina a Constituição Federal.

Dessa maneira, a rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto as ações quanto os serviços de saúde, incluindo a atenção básica, de média e de alta complexidades, os serviços de urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica. (SAÚDE, 2020).

Nesse ínterim, destaca-se a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), normatizada pelo Ministério da Saúde do Brasil, regida pela Portaria nº 2.436/2017, que estabelece as diretrizes para a organização da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa normativa redefine o modelo de atenção básica, destacando a Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária para a oferta de cuidados à população. (SAÚDE, 2017).

A PNAB enfatiza a importância da atenção básica como a principal porta de entrada para o SUS, com o objetivo de promover a resolubilidade, integralidade e continuidade no cuidado à saúde. O documento ressalta a necessidade de ampliar o acesso aos serviços, assegurando atendimento de qualidade e abrangente, com ênfase na prevenção de doenças, promoção da saúde, acompanhamento e tratamento de condições crônicas.

As diretrizes da Atenção Básica incluem territorialização, cuidado centrado na pessoa, resolutividade além da participação da comunidade. Nela estão incluídos os seguintes serviços: Unidade Básica de Saúde (UBS), Estratégia Saúde da Família (ESF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Equipe de Saúde Bucal (ESB).

Os serviços oferecidos são dos mais diversos como consultas individuais e coletivas realizadas por médicos, enfermeiros e dentistas, visita e atendimento domiciliar, vacinação, ações de prevenção e controle da dengue e outras doenças, pré-natal e acompanhamento no puerpério, curativos, rastreamento de câncer de colo uterino (preventivo) e câncer de mama, planejamento familiar, teste do pezinho, teste rápido de sífilis, HIV (sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana) e gravidez, controle de tabagismo, entre outros. (SAÚDE, 2017).

Em 2008, o Ministério da Saúde instituiu o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio da Portaria nº 154, destinado a fortalecer a atenção básica por meio da integração de profissionais de diferentes áreas no suporte às equipes de Saúde da Família. Incluiu as profissões de Assistente Social, Profissional de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. A atuação do NASF visa ampliar a resolubilidade e a abrangência do cuidado, oferecer suporte especializado para casos mais complexos e, assim, desempenhar um papel fundamental na articulação entre diferentes profissionais de saúde e na integralização dos saberes para otimizar o atendimento e fortalecer a atenção básica no contexto do SUS.

O Programa Acolhe Mãe, o qual originou o desenvolvimento dessa pesquisa, iniciou-se quando a autora, enquanto Presidente do Fundo Social de Solidariedade de São Vicente/SP, após muitos estudos, pesquisas e escrita de um projeto piloto, reuniu-se com o servidor público municipal, psicólogo Natan Medeiro, integrante do NASF na mesma cidade, para estudar a implementação do então projeto piloto, na rede de saúde do município. O Natan foi um agente extremamente importante e imprescindível para a operacionalização deste Programa, por todas as suas contribuições técnicas e, principalmente, pela articulação realizada com os demais profissionais da rede de saúde.

O Programa que acontece dentro da Atenção Básica possui elementos de prevenção em saúde mental, pois promove escuta qualificada das mulheres durante a gestação e proporciona espaço e acolhimento para que possam falar, desabafar e elaborar suas emoções e sentimentos, não focando apenas em um sintoma, mas possibilitando reflexões sobre temas acerca da maternidade.

A saúde mental é um direito primário e essencial, definido pela Organização Mundial da Saúde (2022, p. 1) como “um estado de bem-estar em que o indivíduo realiza suas capacidades, supera o estresse normal da vida, trabalha de forma produtiva e frutífera e contribui de alguma forma para sua comunidade.”.

Levando em consideração que este trabalho tem seu referencial teórico apoiado na Psicanálise, apresenta-se a seguir alguns aspectos sobre a prevenção em Psicanálise.

Embora a intervenção psicológica realizada nesta pesquisa aconteça em um consultório de Psicologia que foi montado dentro da UBS, com o intuito de fornecer mais acolhimento, tranquilidade e aproximação com as pacientes atendidas,



entende-se que nem sempre a realidade dos atendimentos de Psicologia em saúde pública ocorre dessa maneira. E, pensando nisso, inclui-se nesta discussão o Psicólogo e Doutor Mohamad Ali Abdul Rahim, o qual em sua obra “Psicanálise e Prevenção: Diálogos Possíveis” (2017, p. 51) discorre sobre a necessidade de a Psicanálise ultrapassar o modelo de clínica convencional e experimentar novos caminhos, desde que, esteja dentro dos limites éticos da prática profissional. Assim, o autor destaca:

A psicanálise foi gestada no espaço restrito da clínica, onde as incursões científicas encontram barreiras quase intransponíveis; e onde o público leigo pouco encontra compreensão e receptividade. Mesmo considerando os constantes progressos na terapêutica psicanalítica, este espaço parece começar a ‘sufocar’ e ameaçar a sobrevivência da psicanálise, menos pela eficiência de suas estratégias do que pela sua abrangência e adaptação a outros meios. (RAHIM, 2017, p. 51).

Assim, evidencia-se que a Psicanálise como referencial teórico pode acontecer no trabalho com gestantes no serviço público. A clínica da prevenção, portanto, é marcada como aquela que não tem como um foco, um sintoma ou uma dor específica, mas está aberta para qualquer temática, podendo, inclusive, ser apoio ou orientação psicológica.

### **2.3 Pré-natal médico**

Para uma contextualização teórica sobre o acompanhamento psicológico na gravidez, primeiramente é necessário fazer uma introdução ao que se refere à necessidade da assistência em pré-natal. (BRASIL, 2016).

De acordo com o Ministério da Saúde, a importância de realizar o pré-natal se deve à prevenção ou à identificação de patologias na mãe ou no bebê, as quais podem ser hipertensão arterial, diabetes, sífilis e outras doenças. O principal objetivo é contribuir para que o feto se desenvolva de forma saudável, com vistas à prevenção e à redução dos riscos da mulher grávida.

Dessa maneira, é muito significativo que as gestantes troquem informações tanto umas com as outras quanto com profissionais da saúde, com o intuito de fornecer conhecimento sobre diversas situações comuns ao período como o processo do parto e do puerpério, a alimentação adequada e higiene durante a

gravidez, bem como o cuidado com o uso de medicamentos que podem afetar a saúde da mãe e do bebê.

Dessa maneira, o serviço de saúde providencia para a mulher grávida de imediato um cartão para anotações, controle e acompanhamento do desenvolvimento do período gestacional. Nesse cartão da gestante, composto previamente por informações de orientações básicas, contendo a identificação da paciente, marcações referentes a: vacinas, exames de rotina, evolução da gestação, agendamento das consultas médicas, investigação de fatores de riscos e dados sobre a participação educativa. (BRASIL, 2016).

Nesse sentido, a assistência pré-natal objetiva contribuir na preparação da gestante para a maternidade, informar sobre as mudanças físicas que ocorrem no período de gravidez, nascimento e pós-nascimento, assim como higiene na gravidez, nutrição, hábitos mais saudáveis como o sono, atividades físicas leves, vestuário, lazer, sexualidade, questões sobre drogas e medicações, além de instruir a mulher a respeito do parto e do cuidado com o bebê.

O Ministério da Saúde preconiza que, para o acompanhamento de gestantes, devem-se cumprir os indicadores: (1) realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação, (2) realizar, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal e consulta de puerpério, (3) realizar todos os exames laboratoriais básicos, além do exame de HIV e aplicação de vacina antitetânica.

Em um trabalho preventivo, buscar diagnósticos precoces que podem evitar doenças e mortes. Além de orientar psicologicamente a mulher sobre os enfrentamentos e situações da gestação (BRASIL, 2016). A partir disso, reflete-se sobre a necessidade e relevância do acompanhamento psicológico e suas colaborações.

Nesse ínterim, o Ministério da Saúde afirma que um parto humanizado começa pelo pré-natal, numa conjuntura de um laço de respeito entre profissionais e gestantes em um caminho de consciência de que o parto é um processo natural do corpo, que geralmente segue seu curso sem muitas intervenções. Vários fatores confluem para a saúde integrativa da mulher, entre eles a importância da atenção às necessidades e cuidados com as emoções, com a contextualização da pessoa que usa o serviço de saúde e sua cultura, preparo e a prudência dos profissionais na prestação dos cuidados com a mulher podem diminuir a ansiedade e os medos (BRASIL, 2016). Mais uma vez, ao entrar em contato com as diretrizes das atenções

necessárias com a gestante, pode-se perceber a demanda para o campo da psicologia dentro dessas ponderações.

Além disso, o Ministério da Saúde do Brasil salienta o protagonismo da mulher em seu processo de parto dentro dessas orientações, destacando sempre informar e orientar a mulher sobre a evolução do seu parto e a rotina de cuidados, assim como o apoio ao acompanhante da gestante.

Tostes e Seidl (2016) fazem uso de Nagahama e Santiago (2008) e Tornquist (2003) para ressaltar que uma escuta acolhedora das gestantes em suas inseguranças são cruciais na humanização e na qualidade dos serviços de saúde. Assim, elas afirmam que:

A assistência pré-natal que atende as gestantes somente em sua dimensão fisiológica, portanto, provê atenção apenas parcial às necessidades de mulheres grávidas, deixando-as desassistidas em relação a outras dimensões. Considera-se imprescindível entender melhor os aspectos sociais, psicológicos e emocionais que podem influenciar as expectativas sobre o parto, a preparação para esse momento ao longo da gestação e as vivências da parturição pelas mulheres. (p. 684)

Também Vasconcelos (2009, p. 19) da Universidade Estadual do Ceará afirma que o pré-natal realizado com qualidade reduz em até 92% as causas de morte materna. Assim, a autora acredita que, a garantia de Programas e Políticas de Saúde com profissionais capacitados que acompanhem a grávida do início ao fim da gestação contribuem para a tranquilidade da mulher e sua família e previnem riscos como a mortalidade materna, fetal e perinatal. O pré-natal pode minimizar ou evitar complicações.

O cuidado pré-natal é o início de um longo tempo que a gestante passa no decurso gestacional, e para garantir o cuidado na sua integralidade é necessário o início do pré-natal o mais precocemente possível. É direito de toda grávida ter um cuidado pré-natal adequado e de qualidade, cabendo ao Estado proporcioná-la e a ela a responsabilidade de buscar este cuidado (VASCONCELOS, 2009, p. 19).

A autora afirma, a partir de sua pesquisa, que o trabalho de pré-natal ainda tem muitos pontos a melhorar, como a realização dos exames básicos em todas as gestantes e uma visão integrada para a grávida. Assim, ouvir as gestantes possibilita a melhora da qualidade do serviço, afinal, as próprias mulheres expressam suas necessidades e, com isso, pode-se aprimorar e nortear a assistência.

## 2.4 Visão integral da mulher grávida

Quando possível, é importante observar as relações sociais das gestantes, ou seja, suas opiniões, a maneira como interagem e a compreensão de como se relacionar interpessoalmente e o que acreditam, a fim de contribuir para uma assistência de qualidade, possibilitando a visão da mulher de forma integral, e apreendendo suas necessidades. Alcança-se, assim, sua subjetividade, proporciona apoio e acolhimento, além de cumprir as metas importantes exigidas pelo Ministério da Saúde. (VASCONCELOS, 2009, p. 19).

De acordo com Kliemann, Böing e Crepaldi (2017, p. 72), citadas anteriormente quando tratamos sobre a ansiedade na gestação, afirmam que a depressão é um transtorno prevalente em gestantes. Para as pesquisadoras, os fatores de risco mais evidentes para o surgimento da depressão e da depressão associada com a ansiedade nas mulheres grávidas são: os fatores socioeconômicos, histórico de saúde mental e complicações obstétricas, rede social de apoio frágil, nível educacional da gestante, a idade da gestante – quando muito jovens, eventos estressores na gestação, uso de álcool, tabaco e/ou drogas ilícitas, violências, complicações obstétricas e aspectos da cognição da mulher grávida.

As autoras acreditam que, apesar de a ideia que se faz da gravidez é de ser um momento de encantamento, os estudos indicam altos índices de depressão e ansiedade como consequência multifatorial.

A assistência pré-natal é peça primordial para a promoção da saúde mental materna e conseqüentemente infantil e familiar. No entanto, ainda nos dias de hoje, as ações de saúde no contexto do pré-natal são fortemente influenciadas pelo modelo biomédico, em que a saúde é considerada como a 'ausência de doença', e a assistência é pautada no paradigma da ciência tradicional, isto é, da simplicidade, estabilidade e/ou previsibilidade e objetividade. Isso se reflete na abordagem que enfoca questões fisiológicas, desconsiderando fatores psicológicos, relacionais e dados do contexto da paciente (KLIEMANN, BÖING E CREPALDI, 2017, p. 74).

As autoras postulam a relevância de a assistência pré-natal ser mais integral e sensível, incluindo as questões da saúde mental e relacional da mulher grávida, com o intuito de fortalecer as redes de apoio e ampliar a visão para os elementos psicossociais.

Para Araujo e Mandú (2015, p. 1140), da Universidade Federal do Mato Grosso – UFMT, alguns estudos em diversos contextos revelam que intervenções muito mecânicas e impessoais, ações moralistas, responsabilizam gestantes adolescentes pela gravidez, não contribuindo positivamente com o apoio no pré-natal, quando as grávidas são adolescentes.

As autoras fizeram um estudo com 12 adolescentes em 2014 e reforçam a importância de contextualizar a mulher grávida, um exercício de compreensão, de visão de pessoa mesmo que a mulher seja ainda uma adolescente, pois sofrem igualmente as influências de sua cultura (ARAUJO; MANDÚ, 2015). O resultado do estudo leva a uma compreensão de que ao contextualizar uma mulher, isto é, vê-la e compreendê-la como um sujeito inserido em um meio repleto de interferências, evita-se o julgamento e afastamento da gestante que busca o serviço público.

Araujo e Mandú (2015) afirmam, ainda, que os sentimentos das gestantes adolescentes e de sua família vão depender muito da perspectiva que eles têm sobre a adolescência, sobre a mulher em sociedade e sobre o que pensam sobre a instituição chamada família.

De acordo com Silva *et al.* (2011, p. 185), que fizeram um trabalho de avaliação e a adaptação psicossocial na gravidez com o método norte-americano transcultural do *PSeQ (Prenatal Self-Evaluation Questionnaire)* de Regina Lederman criado em 1984, o Brasil possui uma carência de instrumentos como o PSEQ que foi traduzido para o português como Questionário de Autoavaliação do Pré-Natal. Esta avaliação pode ajudar no acompanhamento do desenvolvimento das gestantes e permite abertura para a intervenção para a promoção do bem-estar das futuras mães.

As autoras afirmam que as gestantes do Norte da América se preparam para o parto e para a maternidade, estudando sobre o trabalho e o processo que irão passar para terem seu bebê. Assim, ressaltam que, para a preparação da mulher para o parto, é preciso reunir informações sobre esse processo, tirar dúvidas, sanar os receios e entender expectativas sobre o momento. Pontuam também que um “estudo qualitativo sobre a ação educativa com gestantes observou que a prática terapêutica educativa colaborou na vivência do processo gravidez-parto e na satisfação da mulher nesse período”. (SILVA *et al.*, 2011, p. 186).

As autoras destacam uma pesquisa com 26 grávidas brasileiras que revela que houve mudanças significativas na saúde geral, capacidade funcional, vitalidade

e qualidade de vida, a partir dos cuidados com a saúde no período gestacional, havendo uma transformação no estilo de vida e no comportamento a partir dos conhecimentos adquiridos. Em outro estudo, que comparou dois grupos de gestantes, apresenta menor sentimento de ansiedade nas mulheres que receberam intervenções educativas terapêuticas do que as que não participaram. As autoras afirmam também que “a adaptação materna quanto ao relacionamento com a mãe se mostrou ser mais satisfatória entre as gestantes brasileiras nos dados encontrados neste estudo”. (SILVA *et al.*, 2011, p. 186).

Para finalizar com esses autores, destaca-se muitos estudos e pesquisas são realizadas ao longo dos anos sobre a gestante e suas genitoras, as quais ressaltam que a disposição da mãe de uma menina desde a sua infância até o momento da gestação dela, o respeito da genitora diante da independência da filha grávida no período de gestação e as transmissões de referências da mãe para sua filha, sobre seu nascimento, marcam a relação das duas, sendo fator fundamental para que a gestante se aproprie e se torne confiante face a sua vivência da maternidade.

Acrescenta-se a essa discussão um artigo científico relevante que faz um levantamento bibliográfico nacional e internacional sobre diversos trabalhos publicados no período de dez anos (2009 a 2019), a respeito do acompanhamento psicológico na gravidez, intitulado “Intervenção Psicológica Durante a Gestação: Revisão Sistemática da Literatura” (BENINCASA, LAZARINI, ANDRADE, 2021). Durante a leitura, é possível observar os principais aspectos que os autores buscaram na pesquisa realizada.

O referido estudo faz uma análise minuciosa e, ao mesmo tempo, objetiva dos artigos selecionados, categoriza um a um, expõe o objetivo, o público-alvo, a caracterização do atendimento, se individual ou de maneira coletiva, descreve a intervenção, exhibe a abordagem teórica utilizada e apresenta os resultados.

A amostragem constatou apenas dez artigos publicados em relação ao tema de intervenção psicológica na gravidez, sendo que “três modelos de intervenções eram realizados individualmente, 6 em grupo e um poderia ser realizado nas duas modalidades.” (BENINCASA, LAZARINI, ANDRADE, 2021, p. 644).

Nota-se que apenas três de um total de dez dos artigos expostos nesse estudo apresentavam uma proposta de intervenção psicológica individual, e um modelo que poderia ser aplicado de forma individual ou em grupo, o que demonstra que o número de escritos sobre este tema é baixo. Há, ainda, muito a ser

pesquisado nesse campo, tendo em vista a importância da atuação do psicólogo no contexto de atendimento à gestante, cuja contribuição com o conhecimento teórico e técnico da psicologia, aliada a uma equipe multidisciplinar, favorecem o atendimento da gestante e/ou de seus familiares.

Além disso, nas considerações finais do referido artigo, os autores incluem como proposta a inserção de um psicólogo no quadro de profissionais na atenção básica, especialmente no núcleo de atendimento à grávida, justamente com o intuito de aumentar a prática profissional de psicologia na saúde pública e promover a assistência integral que toda gestante necessita – médico, psicológico e emocional.

## **2.5 Acolhimento e cuidado emocional na gestação**

De acordo com Maldonado (2017), a atenção dada à parte emocional da família do bebê tanto na gestação, quanto no puerpério ainda não é eficaz. Um exemplo disso é a questão de saúde da grávida que produz um ambiente no interno de seu abdome estressante para o bebê no período gestacional e, posteriormente, reflete-se na vida externa ao útero. A formação saudável do cérebro depende de muitas influências externas, de ambiente calmo e bem-estar, além de nutrição adequada e da própria genética.

A autora afirma que a formação do sistema nervoso central de um bebê dentro da barriga de sua mãe é extremamente importante para a saúde, o que coloca o período de gravidez como base inicial para a saúde do indivíduo. Assim, o cérebro de um feto até os dois anos de idade se desenvolve de maneira acelerada, o que demanda não apenas cuidados físicos e nutricionais, mas de vínculos afetivos e boa qualidade de relação para o amadurecimento desse órgão e de suas capacidades.

Maldonado (2017, p. 72) ressalta que o exame de ultrassonografia e a possibilidade de a mãe poder ver seu bebê em sua barriga ajuda no vínculo entre mãe e filho, saber o sexo dele também corrobora com os comportamentos, além de ter se tornado um evento familiar e social.

Nesse viés, pode-se compreender que os cuidados e a atenção dada ao bebê e sua família no momento da gravidez e pós-nascimento podem prevenir doenças físicas e mentais. Vale pensar, de acordo com a autora que, mesmo que a resiliência possa ser estimulada em qualquer fase da vida, o quanto antes o ambiente for acolhedor, melhor podem ser as consequências das influências da criação. Nesse sentido, assim como é possível prevenir doenças, pode ser possível prevenir problemas sociais e relacionais, levando em conta os problemas psicológicos que podem ser somados desde os estágios iniciais da vida de uma pessoa.

Maldonado (2017, p. 27) afirma que os relatórios de um departamento específico de Harvard de 2015 comprovam que os fortes vínculos afetivos possibilitam uma reação positiva e resiliente diante de adversidades futuras. Assim corrobora-se, novamente, a necessidade e a importância de cuidados psicológicos em pré-natal.

Segundo Arrais, Amorim e Rocha (2020, p. 53), colaboradores da obra “Maternidade – Parentalidade e Conjugalidade” de Miria Benincasa, Adriana Navarro Romagnolo e Maria Geralda Viana Heleno, a origem do termo pré-natal psicológico no Brasil tem sua primeira referência no livro de Maria Tereza Maldonado e Paulo Canella em 1980 intitulado “Recursos de Relacionamento para Profissionais de Saúde”.

Para o referido trabalho, as autoras fazem uso de Passos e Arrais (2019), para destacarem que a Organização Mundial de Saúde tem o objetivo de priorizar a saúde mental materna e a relação mãe-criança. Assim, evidenciando a saúde materna com a aproximação da mãe e suas habilidades, é possível aprimorar sua capacidade em enfrentar os problemas da vida e contribuir em sua comunidade de forma produtiva.

Segundo as colaboradoras, o papel do psicólogo nesta promoção do bem-estar materno envolve a construção de um espaço de troca, um ambiente para descobertas e também facilitador para as informações que se expandem para a família da gestante.

Uma das autoras, Arrais, em sua tese “As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante” de 2005, percebe que muitas mulheres tinham sofrimento psíquico, físicos e sociais no que tange aos períodos de pré e pós-parto. Diante de muitas dificuldades e sofrimentos diversos, pode surgir relativa tristeza. Também se notou que as gestantes sempre esboçavam



o sentimento mais negativo, eram mal interpretadas, como quem rejeita o bebê e que já estariam depressivas. Assim, a mulher grávida sofre duplamente, quando se sente em alguns momentos triste ou confusa e quando sente culpa pelo sentimento.

Com essa percepção, a autora registra sua primeira concepção do pré-natal psicológico em sua tese como sugestão de prevenção de doenças e questões entre mãe e filho e, em 2015, propõe na Universidade de Brasília um PNP (Pré-Natal Psicológico) voltado para a gestante, contrapondo-se ao pré-natal ginecológico realizado por médicos e enfermeiros, no modelo biomédico cujo acolhimento emocional muitas vezes não encontra espaço.

Os objetivos do modelo do PNP de Arrais são: (1) prevenir o adoecimento psíquico, principalmente a depressão; (2) promover a vinculação afetiva saudável de mãe-pai-bebê; (3) estimular a parentalidade compartilhada; (4) auxiliar na transformação do casal conjugal em casal parental; (5) promover a humanização do processo gestacional e do parto; (6) conscientização do processo de construção da parentalidade; (7) prevenir dificuldades de relacionamento entre casal conjugal e sua família de origem, e (8) psicoeducação quanto ao desenvolvimento do bebê.

Com algumas premissas básicas do trabalho psicoterápico, psicoeducador e de construção da subjetividade materna, os quais devem encarar a maternidade não como algo natural, mas como uma construção histórico-social, em que uma vez desconstruídos os mitos sobre o amor materno, complementa-se o pré-natal ginecológico “como uma ‘vacina psíquica’ para gestante e sua família” (ARRAIS; AMORIM; ROCHA, 2020, p. 59).

As autoras ressaltam que o PNP não é um curso para gestantes, pois estes costumam ser com temas fixos em cada aula e não permitem muito a participação da clientela. Entre muitas possibilidades de abertura, o PNP é um instrumento de cuidado, escuta qualificada, um fator protetivo e alinhado às políticas públicas.

De acordo com as psicólogas Benincasa, Romagnolo e Heleno (2020), que reuniram os estudos sobre o ciclo gravídico puerperal, articulando uma visão psicossocial da mulher grávida, o puerpério, a relação com o cônjuge, lutos e o desenvolvimento do bebê, a psicologia perinatal é um campo muito novo que ainda exige levantamento de dados de reflexão sobre essa complexidade.

Na primeira parte da obra, Leal e Figueiredo (2020, p. 18), colaboradoras na referida obra, também salientam como muitas outras obras analisadas para o projeto

ressaltam a importância do vínculo da mãe com o bebê no período de gestação. Assim, para os pesquisadores:

[...] a *vinculação pré-natal* corresponde à experiência central do amor e pode ser descrita como uma relação em desenvolvimento, na qual a mãe procura conhecer, *estar com*, evitar a separação e a perda, proteger, identificar e satisfazer as necessidades do seu feto. (LEAL; FIGUEIREDO, 2020, p. 18).

Ou seja, no período que antecede o nascimento do bebê, há a oportunidade de criação dos laços e vínculos emocionais, bem como, a grande importância do fortalecimento do vínculo dos pais do bebê.

Fica muito claro nas obras analisadas, assim também reafirmado nesse trabalho que a ligação entre mãe e filho, a vinculação pré-natal e a somatória das influências da própria vinculação da gestante com sua própria mãe, dos apoiadores próximos à gestante, disponíveis durante a gravidez, e dos profissionais prestadores de serviços dos cuidados com a gestante.

De acordo com Justo (2020, p. 42), sobre o ciclo da reprodução humana e a psicologia, seus estudos com pensadores que se debruçaram diante das questões psicológicas de gestantes, levam à compreensão de que, uma mulher preparada para viver as mudanças que surgem com a gestação é aquela que criativamente elaborou uma nova percepção de suas ligações mais importantes. O entendimento das relações essenciais que organizam a mente da mulher grávida como as relações da infância, na qual gerou estrutura para a ideia do feminino, a reprodução e a maternidade, assim como, sua identidade adulta diante das relações com seus pais, são muito significativos para a saúde integrativa das mulheres nessa fase da vida.

Em relação ao feminino, Justo (2020, p. 49) salienta que, para a gestante, a ideia que ela faz sobre a figura materna tem grande relevância no psiquismo dessa mulher grávida e sua identidade feminina.

Quando as grávidas aproveitam para adotar uma visão mais realista sobre essas relações familiares primordiais, podemos captar uma nova percepção dessas relações. Muitas vezes, os protagonistas deixam de ser exclusivamente negativos e passam a assumir características positivas. Esta alteração perceptiva da grávida confere-lhe um estatuto reparador ao nível relacional (externo) e também ao nível emocional (interno). (p. 49).

Juntamente com o autor, destaca-se aqui o aspecto psicoterapêutico, podendo ocorrer transformações que promovam-na promoção do bem-estar, além de vínculos saudáveis para a mulher grávida.

O autor colaborador da obra afirma que, para a diminuição dos impactos dos fatores de riscos de adoecimento emocional durante e depois da gestação, as grávidas podem expor seus problemas e conscientizarem-se acerca deles, sobre os mitos entorno da gravidez, maternidade e parto.

Acrescenta-se a essa discussão um tema extremamente relevante quando se fala em atendimento psicológico com gestantes: a amamentação. Maldonado (2017, p. 136) afirma que “o primeiro evento social – e talvez o mais crítico – da vida de uma criança ocorre com a interação entre mãe e filho na alimentação”, assim como o modo como a mãe vai alimentar seu filho diz muito sobre ela, revela seu estilo de vida e cultura.

A equipe de assistência da recente mãe pode colaborar com esse contato entre mãe-bebê, como também pode prejudicar. A autora traz um estudo de um programa chinês chamado “Amigos das Grávidas” de Jingheng *et al.* (1994), o qual comprovou que o apoio na amamentação favorece muito no significativo crescimento do índice de amamentação.

A autora comenta que, Dias de Oliveira *et al.* (2014) realizou um estudo com as mães adolescentes brasileiras acerca da amamentação, tendo em vista que são as que menos amamentam. Este estudo mostra que a amamentação também é influenciada pelas mulheres mais velhas da família, e por isso realizaram cinco sessões de orientação sobre o aleitamento materno para mães e avós com o intuito de analisar a continuidade da amamentação nos primeiros seis meses de vida do bebê. A pesquisa fez uma comparação com outro grupo semelhante e que não recebeu a orientação e constatou que o grupo de mães e avós que receberam a orientação, houve um aumento expressivo no período de tempo da lactação materna.

Maldonado (2017, p. 143) ressalta sobre a lactação que se aproxima significativamente das intenções deste trabalho:

As emoções afetam a lactação por meio de mecanismos psicossomáticos específicos, alguns dos quais já foram identificados. Calma, confiança e tranquilidade favorecem um bom aleitamento. Medo, depressão, tensão, dor, fadiga e ansiedade tendem a provocar o fracasso da amamentação.

Vale ressaltar, a partir da autora, que, se a amamentação não é algo instintivo dos seres humanos, então, o apoio psicológico e encorajamento da mãe pode auxiliar nesse contato e relação entre a mãe e o bebê. O bebê, bem mais que sua mãe, necessita do leite materno, mas é importante que estejam atentos à saúde e bem-estar da mãe e não somente às necessidades do bebê.

Como método de tratamento, a psicóloga traz como possibilidade de trabalho com as gestantes, a partir da Psicanálise e da teoria de crise, em busca de prevenção e tentativa de evitar incidências psicológicas, a psicoterapia de grupo e a psicoterapia breve individual para cuidados na construção de vínculos familiares entre mãe e bebê, visto que, a partir do vínculo fortalecido, as adversidades podem ser superadas com mais facilidade.

Com o “fortalecimento dos mecanismos adaptativos do ego e da redução da ansiedade; assim como o domínio cognitivo da situação” é possível contribuir com a compreensão da gestante sobre situações e aspectos do seu momento presente na intenção de melhorar o funcionamento da situação atual e o futuro a partir da vivência da gestação. (MALDONADO, 2017, p. 190).

### **3. PSICOLOGIA NA GRAVIDEZ**

Neste capítulo aborda-se a respeito da contribuição da Psicologia diante da gravidez neste momento tão intenso da vida da mulher.

A vida do ser humano se inicia a partir de uma única célula, até que, por volta de nove meses, deixa o útero materno, tem uma vida complexa e dinâmica até a sua morte.

Em outras palavras, o desenvolvimento do ser humano acontece por um ciclo vital, de ser concebido, crescer, reproduzir-se, envelhecer e morrer. Essa evolução é muito influenciada por sua hereditariedade, com a transmissão de características físicas e psíquicas através da célula masculina e feminina, de sua mãe e de seu pai. (COUTINHO, 1978).

### 3.1 Meio externo e hereditariedade

Nesse subitem, são abordadas questões ambientais e genéticas que envolvem o sujeito.

Para isso, traz-se Coutinho (1978, p. 23), em seu livro “Psicologia da Criança da Fase Pré-Natal aos 12 anos”, quando afirma que os aspectos hereditários de um ser humano é uma questão muito relevante para a Psicologia devido a sua instrução codificada nos “*genes*”, os responsáveis pela hereditariedade.

A autora destaca que o *genes* é uma espécie de programação ou conjunto de instruções que, ao se deparar com o ambiente, expressa a estrutura comportamental do organismo vivo.

Outro fator significativo é o ambiente. Este espaço contextual com muitas dimensões em que o bebê é inserido é a “soma total de estímulos que atinge um organismo vivo, de modo a traduzir o código genético determinado no momento de sua concepção”. (COUTINHO, 1978, p. 23).

Com esses apontamentos da autora, deduz-se que nem a genética, nem o ambiente ou algum fator isolado podem determinar um sujeito por completo, sendo ele, o resultado de multideterminantes influenciadores, principalmente pela sua mãe.

Com isso, destaca-se que a vida intrauterina, isto é, antes do nascimento, os meios físicos e sociais já influenciam o bebê dentro da barriga da mãe e não apenas a hereditariedade.

Para a compreensão de que os diversos estímulos influenciam o bebê dentro da barriga da mãe, a autora destaca três métodos para este levantamento: (1) apurando o testemunho materno sobre as atividades do bebê em sua barriga; (2) a observação direta dos fetos com aparelhos que possam medi-los e acompanhá-los; e (3) estudos com fetos abortados.

Para os psicólogos argentinos José Eduardo Moreno e Maria Cristina Griffa, autores do livro “Chaves para a Psicologia do Desenvolvimento – Vida Pré-Natal, Etapas da Infância” (2001), de modo geral, o que é herdado pelo sujeito geneticamente parece ser imutável, o que não impede um trabalho preventivo e diminuição de quadros como doenças, por exemplo, ou evitar alguns problemas de se agravarem, graças à evolução das pesquisas científicas médicas.

Já os traços adquiridos pelas vivências têm a possibilidade de mudar com intervenções psíquicas. No entanto, alguns traumas obtidos por experiência podem ser tão fortes para o sujeito que podem parecer imutáveis e herdados geneticamente. (GRIFFA; MORENO, 2001).

### **3.2 Aspectos emocionais**

Nos estágios iniciais desta pesquisa, ao examinar a gestação sob uma perspectiva biológica e social, sempre surgem elementos relacionados a aspectos psicológicos, mas para um olhar mais aproximado sobre a vertente psíquica e emocional da gestação, faz-se uso dos conhecimentos da médica e psicanalista Raquel Soifer, que pesquisou e dedicou muito de sua vida a estudar a gravidez e o puerpério, em seu livro “Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério”, de 1984.

No primeiro capítulo, a autora afirma que a gravidez não é um processo que envolve apenas a mulher grávida, mas seu parceiro, familiares e a sociedade em que ela está inserida. O meio influencia constantemente no decorrer da gestação no sentido psicológico.

Dessa maneira, destaca que toda gestação, no começo, pode causar um cenário confuso de aceitação e de rejeição e “o maior ou menor grau de aceitação da gravidez por parte do ambiente social imediato reforça ou não a tendência da mulher para a maternidade”.

Um dos sintomas mais comuns no início da gravidez é a sonolência. A psicanalista afirma que este sono, em uma visão psicológica, está relacionado com uma regressão e identificação fantasiada da mãe com o estado fetal de seu bebê. Com tantas mudanças intensas com o início da gravidez, surge certa incompreensão e a gestante reage dormindo mais do que o habitual para evitar mais estímulos externos, por via deste repouso. Inclusive, podem ocorrer sonhos frequentes nas mulheres grávidas, de modo geral, com objetos continentais como: bolsas e malas, filhotes de animais e veículos grandes, que podem revelar seus sentimentos e a sua vivência ao portar um ser dentro de si. No caso de mães que já possuem filhos, com a descoberta da gravidez, os filhos podem apresentar uma competição com o oculto ou ataques de inveja da barriga. (SOIFER, 1984).

Corroboram com esse pensamento Griffa e Moreno (2001, p. 18) ao salientar sobre os processos internos da mente de gestantes, afirmando que, em gravidez

desejada ou não, as futuras mães passam por um misto de sentimentos que vão de aceitação à rejeição do bebê, medo do parto e até angústias ao pensar nos cuidados com a criança, bem como, ansiedades pela responsabilidade da função materna.

Encontra-se, com os autores, uma contribuição que compactua com a necessidade desta pesquisa, quando escrevem que além de toda essa ambivalência de sentimentos, muitos outros sentimentos podem ficar ocultos, já que a expressão e elucidação deles não tem espaço no âmbito social e na vida da mulher grávida. Assim, geralmente no período de gravidez, a mulher sente o seu corpo de uma forma simbolicamente diferente, como se o corpo dela se tornasse mais belo e habitasse algo precioso.

Ainda com Griffa e Moreno (2001, p. 18), a maternidade tende a ser idealizada como um fenômeno feliz e pleno, o mercado do consumo tem uma gama de variedades para esse momento de alegria, porém, “em geral, nem a família, nem a sociedade, nem a cultura oferecem experiências à mãe, a formação ou a ajuda necessária para que desempenhe esse papel”.

Durante a gravidez, a mulher revive sua própria concepção, fazendo um movimento íntimo e interno do passado até a atualidade. No decorrer das quarenta semanas, ela vive literal e simbolicamente uma revolução física e psíquica dentro do seu corpo. Seu ego está alterado por seu corpo estar mais denso e maior, habitando um ser dentro de seu ventre. Se uma mulher se ama demasiadamente ou, ao contrário, não se ama e não se sente valorizada, sentirá dificuldades em viver essa intimidade profunda entre ela e seu filho, pois pode revelar essa relação consigo mesma nesse período com sentimentos de angústia, afirmam os autores.

A gestante pode viver fantasias de plenitude, o desejo de ser completa, onipotente, pela capacidade de reprodução, de reviver no filho sendo imortal. Após isso, ao preparar a casa para a chegada do recém-nascido, a mãe pode iniciar a situação de separação entre ela e o filho, o que pode provocar a sensação de perda.

Com o novo, isto é, a criança, todos da família têm a oportunidade de se modificarem, novas funções e papéis precisam surgir com o conflito da gravidez e readaptação da homeostase familiar, pois, a começar pela mulher (futura mãe), sua relação consigo e com os demais mudarão e, a partir disso, todos se movem e mudam, ainda que sutilmente. (GRIFFA; MORENO, 2001).

Outra grande contribuição sobre o mundo psicológico durante o período gestacional pode ser encontrado com os detalhados estudos de Maria Tereza

Maldonado em sua obra “Psicologia da Gravidez” (2017). Este trabalho começou a ser escrito em 1973, passando por diversas atualizações e, a partir dele, podemos ampliar o olhar psicológico e psicanalítico para a gestante, corroborando o que aqui se descreve.

Para Maldonado (2017), a gravidez além de ser um processo natural do desenvolvimento humano, é uma fase de transição sendo, portanto, um momento de crise, tanto para a mulher como para o homem e, com isso, já poderia ser o bastante para intervenções do âmbito da Psicologia nas famílias e sociedade.

No entanto, a necessidade se especifica ainda mais do que questões econômicas ou de readaptação social de um modo geral. Essas mudanças são extremamente complexas em se tratar da transformação das identidades das pessoas implicadas em uma gravidez.

Assim, tais mudanças no contexto da gestante e de sua família são profundas e com o anseio da aproximação da chegada de um bebê podem ficar ainda mais tensas, passando por ressentimentos, sentimentos de raiva, frustração, preocupações com o futuro, o que pode tornar ainda mais difícil o bem-estar durante toda a gravidez.

De acordo com a autora, essa crise existencial possibilita tanto tendências psicopatológicas, quando os pais preenchem necessidades neuróticas. Por outro lado, em casos saudáveis, causa amadurecimento, em que os pais não veem seu filho de maneira simbiótica, mas como um ser, separado deles que precisa de cuidados e atenção para se desenvolver.

A maternidade é uma das passagens do desenvolvimento humano, assim como a paternidade. Quando uma mulher vai se tornar mãe, assim como o homem, ela se modifica internamente, uma mudança interna que passa pela sua infância e como foi criada, podendo trazer à tona conflitos de seus próprios pais. (MALDONADO, 2017).

No contexto de um relacionamento a dois, a experiência do nascimento de um filho pode ter diferentes impactos na relação do casal. O casal pode – ou não, unir-se mais, podem surgir sentimentos de ciúmes do bebê, ou até mesmo disputa por atenção, em situações de maior regressão dos pais. Ou, por outro lado, uma progressão de desenvolvimento e reconfiguração das personalidades.

A autora comenta a possibilidade de os homens sentirem inveja da impossibilidade de gerar um ser e, com isso, formar uma relação triangular e colocar



o feto entre sua relação com a esposa. Bem como, reviver o sentimento de rivalidade fraterna, assim, experimentando o bebê como um intruso e sentir-se colocado em segundo plano.

No sentido emocional da mulher que engravida, pode-se citar com Maldonado (2017), além da sonolência inicial para evitar o excesso de estímulos externos, postulada também por Soifer (1984), bem como, Griffa e Moreno (2001), outro acontecimento psicológico, como por exemplo, o sentimento ambivalente de querer o bebê, mas não o querer por completo, e de não o desejar, mas não sentir a rejeição por completo, havendo uma porção de cada vontade no outro extremo. Dessa maneira, do ponto de vista psicológico, assinalam-se algumas considerações a seguir.

A grávida pode sentir receio de evacuar, com medo de abortar no momento da ida ao banheiro, regredindo ao momento infantil de achar que o bebê pode nascer pelos ânus. (MALDONADO, 2017).

Os casos de hiperêmese gravídica (vômitos excessivos durante a gravidez) precisam de cuidados médicos com antieméticos e psicoterápicos para o tratamento e, posteriormente, buscar a compreensão psicológica desse sintoma, como uma possível rejeição em relação à gravidez. (MALDONADO, 2017).

Os desejos alimentares e vontade de comer alimentos estranhos, reverberam tanto com a necessidade de suprir deficiências nutritivas, como para suprir inseguranças, a necessidade de atenção regredida.

A gestante pode sentir grande vontade de comer, com voracidade, aumentar muito o peso corporal, sentindo que o bebê pode sugar suas energias e nutrientes. Isso pode se estender até a amamentação, em que o bebê é sentido pela mãe como sugador que a esvazia. Segundo a autora, com a mudança do metabolismo, a consciência da gestante muda, o seu humor pode se alterar muito causando compulsões, obsessões, fobias e sintomas psiquiátricos transitórios.

Maldonado (2017) salienta ainda que o segundo trimestre da gestação, quando o feto começa a ser sentido pela mãe com seus movimentos, é considerado o momento mais tranquilo no quesito emocional, é o ponto em que as mulheres tendem a aceitar a gestação. O vínculo aumenta, e a mãe é capaz de atribuir características ao seu filho a partir dos movimentos que sente.

Enquanto algumas gestantes afirmam ter uma massa em sua barriga se deslocando, outras conseguem descrever qual membro do seu filho está se

movimentando. As gestantes costumam dizer que se se deitam de um determinado lado, o bebê se mexe, queixando-se e tendo preferências. Além disso, os tipos de fantasias desenvolvidas pelas gestantes revelam o início da formação e como será a relação mãe-bebê. (MALDONADO, 2017).

### **3.3 Medos comuns na gestação**

Com os estudos é possível perceber que alguns medos sentidos pela gestante, muitas vezes causados por desinformação, outros por pressão social, podem provocar angústia e ansiedade. Em se tratando da sexualidade na gravidez, a questão do ato sexual entre o casal também pode causar angústias, alguns cogitam medos relacionados a machucar o bebê e, em âmbito geral, estudos de Kamar Brant e Robson (1981) e Calhoum, Selby e King (1981) afirmam que as práticas sexuais diminuem no terceiro trimestre.

A diminuição do desejo sexual em mulheres grávidas é mencionada por Maldonado (2017), que se apoia em Hart *et al.* (1981), para descrever um aumento na dispareunia, em que há um declínio na frequência de atos sexuais, orais, anais e masturbação, o que aponta para uma importância de informações e orientações sobre a sexualidade no período de gestação, referentes ao tabu e receio da prática sexual vaginal por medo de prejudicar o bebê no ventre da mulher.

A relação que a mulher tem com o seu corpo e como sente o esquema corporal contribuem para o desejo sexual. Os elementos estéticos e anseios sobre se seu corpo voltará (ou não) ao que era antes da gravidez influenciam em sua autoestima e, conseqüentemente, no desejo sexual.

Nesse sentido, a autora ressalta que há, então, dois sentidos para a relação que a mulher pode fazer com seu corpo no sentido sexual. Uma com uma sensação de se sentir feia e nada atraente, o que acarreta no retraimento das atividades sexuais e/ou sentimento de estar desabrochando como mulher, orgulhosa de sua capacidade de engravidar. E outro ponto de questão sobre a vida sexual do casal, em alguns casos, não incomuns de acontecerem, são as relações extraconjugais durante o período gestacional, quando o homem tem dificuldade de separar a ideia de maternidade com sexualidade. (MALDONADO, 2017).

Segundo a autora, um dos medos universais que circulam entre as mulheres é o de perder a sua forma física, de não conseguir reverter a estrutura corporal após

o parto. É um temor muito comum em sociedades que supervalorizam corpos magros e jovens como um padrão de beleza, fazendo com que as gestantes fiquem preocupadas em não conseguir voltar a sua estética.

Não obstante, psicologicamente analisando, o receio não está apenas no medo de modificar o corpo, mas também de sua identidade antes da gravidez, um significado simbólico de perda da imagem que fazia de si mesma. (MALDONADO, 2017).

Assim, a autora destaca em seu livro que a mulher grávida, após o primeiro trimestre, pode ficar mais passiva e introvertida, tende a diminuir seu ritmo e voltar-se para si mesma. Nos últimos dias de gestação, a mulher intensifica a ansiedade, um misto de desejo de ter logo o bebê e, ao mesmo tempo, uma sensação de querer adiar tantas mudanças.

A mulher tem a oportunidade de reviver antigas memórias com seus pais e familiares, podendo amadurecer essas relações ou ficar mais ressentida com essas fantasias “devido à mudança do equilíbrio entre o ego e o id”. E, se os problemas se intensificam, poderão se transpor na interação entre mãe e filho. (MALDONADO, 2017, p. 51).

Também passam pelo íntimo da gestante, fantasias como: a barriga estar muito grande ou muito pequena, ganhar muito ou pouco peso. Se o bebê fica algumas horas sem se mexer, pode surgir uma ansiedade com o medo de o bebê morrer na barriga. E, ao ganhá-lo, medo de ainda não terem descoberto uma doença pré-existente. (MALDONADO, 2017).

Ansiedades a respeito de supostamente não merecer um filho saudável são angústias fortes em mulheres que já provocaram aborto anteriormente. E sobre abortos, Kumar e Robson (1978, p. 55) postulam com a autora que, buscam-se ainda evidências quanto à ansiedade, depressão e lutos não elaborados.

Maldonado cita Caplan (1961) quando pontua que a imagem que a mãe faz de seu bebê é muito importante. Assim, gestantes que imaginam seus filhos monstruosos ou que só conseguem imaginá-lo já grandes, têm dificuldade em cuidar deles recém-nascidos.

Para Maldonado (2017), a gestante tem medos antes e depois do parto, podem sentir, fantasiar e sonhar com medo da morte no momento do parto, de sua vagina lacerar e não voltar como era antes, de se romper a integridade do órgão genital ao parir de forma natural e se deformar. Bem como, temor de ter um bebê

com má formação, de não ter leite o suficiente para alimentar seu filho, ter o leite fraco ou de ficar presa para sempre somente como uma função materna, cuidando de seu filho, sem espaço para realizar outras atividades individuais.

Assim, ter um bebê saudável pode significar receber uma dádiva, e o oposto, um castigo. O medo de ter um filho com alguma deficiência em sua formação está relacionado às representações de receber uma punição, podendo ocorrer esses sentimentos ao se sentir insuficiente. De maneira mais latente, esses sentimentos podem estar ligados ao sentimento de culpa, masturbação e problemas com sua própria história com sua mãe. (MALDONADO, 2017).

Os autores citados nesses apontamentos concordam que os sonhos têm grande relevância na intervenção psicológica na gestação, porque revelam, em sua maioria, os grandes impactos psicológicos desse período complexo.

Para explicar esse fenômeno, Maldonado se apoia em Winger e Kapp (1972), ao relacionar os sonhos das gestantes com a saúde mental e a hora do parto, considerando que um parto rápido dura, em média, dez horas, um trabalho de parto de tempo médio dura em torno de dez a vinte horas, e um parto demorado, mais de vinte horas.

As gestantes que sonhavam e nesses conteúdos manifestos dos sonhos havia a expressão de ansiedade dos acontecimentos e suas possibilidades, tinham um parto considerado rápido. Enquanto as grávidas que não possuíam sonhos com conteúdos manifestos de ansiedades vividas no momento, tinham o trabalho de parto demorado, o que comprova que os sonhos antecipam e tentam controlar as fantasias da realidade, afirma a autora.

Dessa forma, as mulheres que não sonhavam com conteúdo negativo relacionado à gravidez, parto e pós-parto, reprimiam e negavam a ansiedade tamanho o medo que tinham, impedindo inclusive, a expressão simbólica dos traumas nos sonhos. Assim, a mulher fica mais rígida mental e fisicamente, demonstrando falta de preparo psicológico, sem a função do sonho para buscar simbolizar e trabalhar sua ansiedade.

Os autores ressaltam que os sonhos são como um antídoto essencial nesse momento para a mulher, uma vacina psicológica para o processo do parto. Tal mecanismo onírico tem uma função de ajudar na elaboração e no enfrentamento da situação, organizando um aparato adaptativo.

### 3.4 Ansiedade e suas repercussões na gravidez

Muitos medos das gestantes podem causar ansiedade, como foi postulado. No entanto, em um olhar mais voltado a possíveis sintomas de ansiedade na gravidez, podemos pensar com Maldonado (2017, p. 84), que cita Siegel (2010) em sua obra, e fornece grande riqueza de detalhes e estudos profundos sobre o período de gravidez, para uma possível sintomatização da ansiedade:

As pessoas com alto nível de ansiedade se encontram em estado de perturbação emocional crônica 'estado de alarme'. Esse estado de prontidão constante acarreta mudanças endócrinas e metabólicas. O sistema límbico, em especial, torna-se hiper-reativo: essas pessoas pensam nas piores hipóteses como se fossem se concretizar a qualquer momento, e acham que precisam se preparar para o pior. Com isso, ficam hipervigilantes.

Diante da continuidade da presença da ansiedade na gestante, um estresse de nível alto e tóxico, o organismo da mulher vai perdendo a capacidade de se defender adequadamente, porque o corpo se alarma diante de qualquer evento, desregula-se e a mulher pode não saber como lidar com as adversidades das quais não é possível ter total controle.

A autora menciona Rose (2005) para explicar que, quando uma gestante passa por estresse crônico, tem uma desestabilidade hormonal, fazendo com que esteroides aumentem o cortisol que alcança o cérebro do bebê no ventre de sua mãe. Em estado contínuo, prejudica e modifica o desenvolvimento padrão do cérebro. Reforça-se que o estresse da mulher grávida causa problemas diversos no crescimento do feto.

De acordo com Maldonado (2017), estudos comprovam, por meio de questões emocionais, que uma gestante ao desenvolver estresse intenso e constante, pode alterar seu corpo, comprometendo o feto, e o bebê, por sua vez, pode revelar no futuro, hiperatividade, problemas com a atenção e atrasos na linguagem. A autora afirma ainda que, uma gestante com sintomas de ansiedade recorrente, pode produzir excesso de glicocorticoide e modificar funções neuroendócrinas do feto, as quais provocam ações duradouras prejudiciais na função endócrina do futuro bebê.

A partir de questões emocionais da mulher grávida, advindo de diversas possibilidades, como condições desfavoráveis e vulnerabilidades sociais ou abusos,

por exemplo, o feto pode sentir o mundo externo ameaçador, “é passado a mensagem bioquímica 'o mundo lá fora está cheio de perigos'”. (2017, p. 86). O bebê pode se sentir ameaçado ao nascer, preparado para um ambiente rude e responde de maneira impulsiva, choros excessivos, tornando-se uma criança difícil de ser acalmada.

Levando sempre em conta o olhar mais voltado para a mulher grávida, pode-se pensar, a partir de Maldonado (2017) que tanto negligências sociais, falta de políticas públicas ou cuidados de assistência com o psicológico das gestantes, podem dar mais espaço para que circunstâncias como essas possam ocorrer.

Durante a gestação e o pós-parto, é importante ter um olhar sensível para os detalhes que podem prevenir ou reduzir danos causados pela ansiedade e depressão, impedem entraves futuros com os bebês, que um dia, se tornarão cidadãos em sociedade.

Diante dos trabalhos pesquisados, de antemão, nota-se que a Psicologia é uma importante ferramenta para esse tipo de intervenção. Trabalhar com o emocional das grávidas é essencial para prevenir dificuldades que podem causar prejuízos significativos, tanto para a mãe quanto para a sociedade.

Um trabalho realizado pela Mestranda Amanda Kliemann, pela Doutora Elisângela Böing e pela Doutora Maria Aparecida Crepaldi do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, intitulado “Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: revisão sistemática de artigos empíricos” de 2017, em que as pesquisadoras trazem análises de quarenta e um artigos, nacionais e internacionais, publicados entre 2010 e 2016, os quais se debruçaram sobre os sintomas de ansiedade e depressão na gestação em revistas veiculadas nas bases Scielo, BVS-PSI, LILACS, CAPES, Pubmed e APA PsycNet. De início, salientam a relevância de ações de prevenção em saúde mental no contexto pré-natal e também afirmam a necessidade de avanços no emprego de instrumentos psicométricos que avaliem os sintomas específicos da gravidez e investiguem a presença de indicadores emocionais nos pais que esperam por um bebê.

De acordo com o levantamento das autoras (2017), dados epidemiológicos afirmam que os transtornos mentais depressivos predominam diante dos ansiosos, bem como os depressivos associados com a ansiedade, quando se trata de problemas psiquiátricos em gestantes.

## **4. UM OLHAR PSICANALÍTICO**

Neste capítulo, busca-se trazer para a reflexão as perspectivas do ponto de vista da Psicanálise, com o intuito de trazer embasamento teórico à análise dos resultados obtidos durante o processo de aplicação desta pesquisa. Para isso, discorrer-se-á sobre conceitos psicanalíticos fundamentais para a interpretação dos conteúdos obtidos por meio dos atendimentos psicológicos realizados.

### **4.1 A técnica psicanalítica**

Não há maneira melhor para iniciar este capítulo que trata sobre a Psicanálise do que trazer para as reflexões Sigmund Freud, o criador da Psicanálise, em seu texto “A técnica Psicanalítica” (1938) em que discorre sobre diversos conceitos e consolidações práticas de sua teoria. Assim, postula que o Eu saudável busca por manter sua ordem e independência, ao mesmo tempo em que se ocupa em lidar com as três instâncias “[...] – a realidade, o Id e o Super-eu.” (p. 225).

Dessa maneira, um estado de patologia se dá quando há uma fragilização parcial ou absoluta do Eu, impedindo-o de cumprir suas funções, sendo que, a maior submissão do Eu é, talvez, atender às demandas pulsionais do Id, em que há uma grande luta contrária a isso. Ao mesmo tempo, há ainda, as infundáveis demandas do Super-eu que faz com que o Eu se encontre estático e inerte frente a outras atribuições.

Assim, em alguns momentos, o Id e o Super-eu podem juntar forças e unirem-se em confronto ao Eu. Este, quando pressionado, tende a ceder e a desorganizar-se de tal forma que sua associação com a realidade se altera e pode ser interrompida. Um exemplo desse fenômeno pode ser identificado no sonho “quando o Eu se desprende da realidade do mundo exterior, sucumbe à psicose, sob influência do mundo interior”. (FREUD, 1938, p. 226).

A técnica psicanalítica fundamenta-se nesse entendimento, como Freud explica e exemplifica de forma impecável:

O Eu está debilitado pelo conflito interior, temos de correr em seu auxílio. É como numa guerra civil que deve ser decidida pela assistência de um aliado externo. O médico analítico e o Eu debilitado do paciente devem, apoiados no mundo externo real, formar um partido contra os inimigos, as exigências instintuais do Id e as exigências de consciência do Super-eu. Selamos um pacto. O Eu doente nos promete franqueza total, ou seja, que disporemos de todo o material que sua autopercepção lhe fornece; nós lhe garantimos rigorosa discricção e colocamos a seu serviço nossa experiência na interpretação do material influenciado pelo nosso inconsciente. Nosso saber deve compensar sua insciência, deve restituir a seu Eu o domínio sobre regiões perdidas da psique. Nesse pacto consiste a situação analítica. (FREUD, 1938, p. 226).

Nesse contexto, Freud pontua que essas considerações e o trabalho analítico propriamente dito é possível de ser realizado em pacientes neuróticos e concentra-se neles, descrevendo como ocorre esse trabalho.



Realiza-se um acordo entre o analista e o paciente, em que o paciente se compromete em falar com sinceridade, e o analista, por sua vez, garante que tudo estará sob sigilo. No entanto, o falar com sinceridade pode se confundir com uma confissão, contar segredos, compartilhar algo que nunca contou para ninguém e falar apenas do que sabe, podendo, quiçá, sentir um alívio.

A parte do paciente nesse acordo não se trata apenas de se *confessar*, mas de falar até o que acha desnecessário, incoerente, ainda que não seja confortável dizer, é a dinâmica de ouvir-se e ser ouvido. Quando o indivíduo consegue afrouxar sua autocrítica e, só quando o consegue, dando voz àquilo que pensa, lembra e associa, revela conteúdos sob influência do seu inconsciente, o que permite que o analista, por meio da comunicação, faça interpretações e desenvolva um maior entendimento de seu Eu a respeito do inconsciente.

Todavia, a tarefa do Eu do analisando não se fixa em apenas “[...] trazer o material solicitado e aceitar credulamente nossa tradução dele”. (FREUD, 1938, p. 228). Ele não enxerga o analista apenas como alguém que o escuta, o compreende e o auxilia como “[...] um guia numa complicada excursão pelas montanhas [...]” (p. 228), mas o vê como a representação de uma figura de sua infância, transmitindo sensações e pensamentos.

Assim, dá-se a transferência, um conceito-chave para a compreensão da técnica psicanalítica, podendo ser “[...] por um lado, um instrumento valioso e insubstituível; por outro, uma fonte de sérios perigos” (p. 228). Define-se, então, que a transferência “[...] é ambivalente, envolve atitudes positivas, afetuosas, mas também negativas, hostis com o psicanalista, que em geral é posto no lugar de um dos genitores, do pai ou da mãe.” (FREUD, 1938, p. 228).

Sendo positiva, traz inúmeros benefícios à análise. Abandona-se a ideia inicial de curar-se, de ficar são, dando lugar a mimar o analista e ter toda sua atenção para si. O paciente se implica na análise, seu Eu fragilizado se torna firme, desempenhando práticas que antes não eram possíveis, somente por gostar do psicanalista.

Freud (1938, p. 229) destaca que a transferência positiva possibilita dois elementos relevantes para a análise: (1) quando o analisando revela, com nitidez, aspectos importantes de suas memórias de vida, situações e acontecimentos que, sem a transferência positiva, não seria possível trazer à tona. E, (2) quando o paciente coloca o analista no lugar de sua mãe (ou pai), “[...] concede-lhe também o

poder que o seu Super-eu exerce sobre o seu Eu, pois os genitores foram a origem do Super-eu”. Neste caso, o analista assume um papel de educador do paciente, com a oportunidade de poder retificar falhas no passado cometidas por seus pais. No entanto, Freud adverte sobre o uso dessa ferramenta, uma vez que não é papel do analista ser “[...] mestre, modelo e ideal para outras pessoas, criar indivíduos segundo a sua imagem”, porque assim, “[...] somente repete um equívoco dos pais, que sufocaram a independência do filho com sua influência, apenas substitui a dependência anterior por uma nova”.

No entanto, se a postura positiva do analista se altera em negativa, adotando uma atitude mais hostil, tem-se a transferência negativa, reiterando o passado, porque a “[...] docilidade ante o pai (quando se tratava dele), o empenho em obter seu favor tinha origem num desejo erótico voltado para a sua pessoa”. Dessa maneira:

Em algum momento essa exigência irrompe também na transferência e demanda satisfação. Na situação analítica ela tem de permanecer frustrada, o relacionamento sexual entre paciente e analista está excluído, e também formas mais delicadas de satisfação, como preferência, intimidade etc. são concedidas pelo analista apenas com muita parcimônia. O paciente toma esse desdém como motivo para a transformação; provavelmente aconteceu o mesmo na sua infância (FREUD, 1938, p. 231).

Assim, pontua o bom andamento da análise, cujo acordo pactuado no início do tratamento consiste em o psicanalista se fincar na busca de não permitir que o paciente se aloque em qualquer um dos extremos da transferência, como os elucidados anteriormente, “[...] esse cuidado no manejo da transferência costuma recompensar bem.”, comenta.

E completa que, sendo possível esclarecer ao paciente sobre a real origem dos acontecimentos na transferência, “[...] privaremos sua resistência de uma arma poderosa e transformaremos perigos em ganhos, pois ele não esquece mais o que vivenciou nas formas de transferência. Reforçando que, “isso tem, para ele, uma força de convencimento maior do que tudo o que adquiriu de outra maneira” (FREUD, 1938, p. 232).

## **4.2 Contribuições de Melanie Klein**

No contexto da teoria psicanalítica, acrescenta-se a essa discussão a psicanalista Melanie Klein que, no início de sua carreira, seguiu os passos de Freud, mas logo depois se distanciou e deu início aos estudos e pesquisas em uma teoria autêntica. Seu pensamento teórico é vasto, amplo e rico, e fundamental para a consolidação da Psicanálise no meio teórico, clínico e acadêmico.

A autora inicia o artigo “Amor, Culpa e Reparação” descrevendo os impulsos de ódio, agressão e voracidade, assim como o amor e o impulso reparador podem acontecer quase que ao mesmo tempo, ainda nos primeiros dias do bebê:

O primeiro objeto de amor e ódio do bebê – a mãe – é ao mesmo tempo desejado e odiado com toda intensidade e força características dos anseios arcaicos da criança. Muito no início, esta ama a mãe no momento em que ela satisfaz suas necessidades de alimentação, aliviando seus sentimentos de fome e lhe oferecendo o prazer sensual que obtém quando sua boca é estimulada a chupar o peito [...]. Mas quando o bebê está com fome e seus desejos não são atendidos, ou quando sente dor e desconforto físicos, a situação imediatamente se altera. Surgem sentimentos de ódio e agressividade, e ele é tomado por impulsos de destruir a mesma pessoa que é o objeto de todos seus desejos e que, em sua mente está ligada a tudo aquilo que está sentido – seja bom ou ruim. (KLEIN, 1937, p. 347).

Assim, a mente do bebê é tomada por impulsos completamente opostos, o que Klein definiu como “seio bom” quando o bebê tem suas necessidades e desejos atendidos pela mãe, e “seio mau” é tido como aquele que decepciona incessantemente, uma vez que não se encontra disponível no instante em que o bebê busca, projetando sobre ele uma agressão. (KLEIN, 1935, p. 304).

Nesa mesma linha de pensamento, acrescenta-se à discussão a obra “Psicanálise e Prevenção: Diálogos Possíveis” (2017) do Doutor em Psicologia Clínica Mohamad Ali Abdul Rahim quando descreve que o bebê inicia séries prolongadas de projeções e introjeções o que “aumentam a ansiedade persecutória, pois geram um círculo vicioso. [...] o que ainda não se percebe é que este objeto odiado e temido é o mesmo objeto amado e idealizado”. Assim, conclui: “A mais sutil das tentativas de integração é logo abortada pelo bebê, por não suportar a principal de suas consequências: a culpa por ter atacado e danificado o objeto amado”. (p. 86).

Toda essa enxurrada de emoções, sentimentos e impulsos faz nascer uma demanda por domínio e comando dos objetos, sejam bons ou maus, e isso faz com que o bebê crie “fantasias bastante engenhosas: partes do self (entendido como a junção entre o ego e id) são separadas e expelidas, tendo como endereço o interior

da mãe ou de seu seio”. (p. 86). Aqui está definido o sofisticado conceito de identificação projetiva, criado por Klein em 1946, quando publicou o texto “Notas sobre alguns mecanismos esquizoides”.

Assim, nasce um impulso de reparação em decorrência das agressões ao objeto que foi prejudicado. A consciência do dano causado gera sentimentos de culpa e o anseio de reconstituir o que foi danificado no objeto, dessa vez compreendido de maneira completa, incorporando tanto as qualidades positivas quanto as negativas anteriormente atribuídas e deslocadas para outro objeto. Essa dinâmica reflete a busca pela restauração e integração, em que o reconhecimento das ações prejudiciais leva a um impulso reparador e a uma visão mais equilibrada do sujeito em questão. “A relação de objeto deixa de ser parcial e se torna total. Apesar do enorme avanço na qualidade das relações e na percepção, o ego agora vive a angustiante experiência da perda do objeto amado”. (RAHIM, 2017, p. 88).

Melanie Klein também definiu o conceito de posição depressiva, quando o bebê passa a conseguir integrar aspectos positivos e negativos de suas experiências emocionais. Como define em seu texto “Notas sobre alguns mecanismos esquizoides”:

Os aspectos amados e odiados da mãe não são mais sentidos como tão separados, e o resultado é uma intensificação do medo da perda, estados afins ao luto e um forte sentimento de culpa, porque os impulsos agressivos são sentidos como sendo dirigidos contra o objeto amado. A posição depressiva passa a primeiro plano. A própria experiência dos sentimentos depressivos, por sua vez, tem por efeito uma maior integração do ego, porque resulta numa maior compreensão da realidade psíquica e melhor percepção do mundo externo, como também maior síntese entre situações internas e externas. (KLEIN, 1946, p. 33)

Durante a posição depressiva, a criança começa a reconhecer o objeto de apego, em geral a figura materna, como uma entidade completa, contendo tanto qualidades boas quanto más. Antes dessa fase, na posição esquizoparanoide, o bebê tende a dividir o mundo em partes boas e más, projetando aspectos indesejáveis em objetos externos. No entanto, na posição depressiva, há uma compreensão mais madura e integrada do objeto.

Nesse mesmo sentido, Rahim (2017, p. 89) faz um resumo da definição de posição depressiva, inclusive correlacionando com a vida adulta. É na posição depressiva que

[...] o sujeito sai de seu lugar de vítima para assumir a responsabilidade sobre seus atos. A ansiedade persecutória cede espaço para a ansiedade depressiva. A culpa coexiste com a paranoia, e a ambivalência torna-se presente. Se antes a preocupação essencial era com a integridade do ego, agora a atenção é dirigida para a restauração do objeto. Há um reconhecimento da própria destrutividade, diminuindo as projeções e, conseqüentemente, a sensação de estar sendo perseguido. As partes de si antes consideradas intoleráveis, e por isso atribuídas a um objeto externo algo das projeções, são integradas ao self, o que leva ao aumento do senso de realidade. Mundo externo e interno agora podem ser percebidos sem grandes distorções.

Dessa forma, compreende-se que a teoria de Klein começa no bebê recém-nascido, na relação com a mãe, ou figura materna, e com o seio materno, por meio da amamentação. No entanto, o estudo da autora não se limitou apenas à psicologia infantil, embora, após seus escritos, tenha tido um grande salto de compreensão e desenvolvimento, mas repercute durante a adolescência e vida adulta. Os conceitos de identificação projetiva, relação de objeto, ambivalência, posição depressiva e esquizoparanoide possibilitam, em uma análise psicanalítica, compreender o funcionamento psíquico do indivíduo inclusive adulto. E, aqui, relaciona-se com a gestante, o objeto deste estudo.

### **4.3 Sexualidade, Feminilidade e relação mãe e filha**

Conceitos basilares da técnica psicanalítica é o que se apresenta a seguir. No contexto de uma análise de mulheres, gestantes e futuras mães, é necessário trazer pensamentos sobre a constituição da feminilidade, sexualidade e apontamentos sobre a relação mãe e filha, uma vez que para a constituição do sujeito como mãe, antes, é preciso ser filha. E o que se leva para esse novo papel de vida, o de ser mãe, tem base e fundamento principal a relação que a filha teve com sua mãe.

Inicia-se esse subitem, então, com a sexualidade e a feminilidade. Na obra “Sexualidade Feminina”, de Françoise Dolto (1996), a psicanálise compreende a sexualidade humana submetida pela estrutura da libido. Esta passa por fases no desenvolvimento e, a partir da adolescência, as situações aparentam se unir às necessidades da conservação da espécie, e as pessoas parecem se buscarem sexualmente, com envolvimento de elementos inconscientes que conectam homens e mulheres. Para Freud (1901, p. 135), a libido é “[...] como uma força quantitativamente variável que poderia medir processos e transposições no âmbito

da excitação sexual”, a qual exerce atividade em todo o corpo não apenas na região genital.

Nota-se com Freud, em seu trabalho “Três Ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade” (1901), que a sexualidade humana tem um caráter perverso-polimorfo, ou seja, a sexualidade humana está para além do biológico e orgânico, sem o objetivo da reprodução da espécie, mas para gerar prazer. A sexualidade infantil é muito importante, ela é perversa-polimorfa, porque ainda não sofreu recalque e, conforme o nível em que o recalque se dá, há também os níveis de neuroses.

Para explicar e ampliar o conhecimento sobre a sexualidade infantil e adulta, Freud, em seu texto “Sobre Psicanálise Selvagem” (1910), aponta que a Psicanálise não se refere ao sexual como o entendimento comum na sociedade, que diz respeito à prática de atos sexuais propriamente dito. Em Psicanálise, esse termo é muito mais amplo e explica:

Tal ampliação se justifica geneticamente; incluímos na ‘vida sexual’ todas as manifestações de sentimentos afetuosos que provêm da fonte dos primitivos impulsos sexuais, mesmo quando esses impulsos experimentaram uma inibição de sua original meta sexual ou trocaram essa por outra não mais sexual. Por isso preferimos falar em *psicossexualidade*, enfatizando que o elemento psíquico da vida sexual não deve ser esquecido nem subestimado. Empregamos o termo ‘sexualidade’ no mesmo sentido abrangente em que a língua alemã usa a palavra *lieben* [amar]. (FREUD, 1910, p. 327).

O pai da Psicanálise (1931) pontua que a sexualidade feminina é mais complexa e mais longa do que a masculina e pode ocorrer espontaneamente na infância, sendo responsável pelas neuroses. Nesse sentido, para a menina, as questões edípicas se iniciam um pouco antes do que para o menino. Em momentos pré-edípicos, ela tem inveja do pênis e desenvolve uma ligação forte com sua mãe até uns quatro a cinco anos de idade. A partir dos cuidados e aproximação que a mãe tem com seu corpo e depois se volta para o seu pai, tendo, assim, como o menino, contato com os dois genitores.

Freud afirma em seu texto “A Organização Genital Infantil” (1923) que a sexualidade adulta possui muitos elementos da organização genital e da sexualidade infantil. Além da escolha de objeto, há a soberania do falo. Os meninos acreditam inicialmente que as meninas foram castradas ao serem castigadas, e ao se depararem com o enigma de como nascem os bebês, eles acreditam que as mulheres, ao perder o pênis, ganham o poder de ter filhos.

Desse modo, pensa-se, a partir de Freud, que na infância a relação é do sujeito com o objeto e de ter ou não um pênis. As meninas não são opostas aos meninos, elas são como meninos castrados, como se todos fossem meninos, uns com pênis, outros castrados. Na adolescência, surge a noção de feminino e de masculino.

O Complexo de Édipo na obra freudiana pode ser compreendido pelo processo de afeto da criança em relação a seus pais. As crianças vivem o complexo de Édipo na mesma época, no período da fase fálica, porém têm caminhos distintos. Enquanto para o menino, no Complexo de Édipo, a mãe é o objeto de amor e termina o Édipo no complexo de castração; a menina começa pelo complexo da castração, como se esse processo inibisse a masculinidade e proporcionasse a feminilidade, abrindo portas para a construção da feminilidade (FREUD, 1924, p. 212).

A menina tem uma intensa relação com a mãe, abandona-a para desejar o pai. Assim, a forte relação da menina com a sua mãe exige muito dela, esse atravessamento é mais acentuado do que no menino e compõe um processo pré-edípico, o qual vai influenciar toda a sexualidade feminina.

Pensa-se, a partir de Freud, que a fase pré-edípica, na relação da menina com a mãe pode estar entrelaçada à base da histeria, devido ao fato de que ambas possuem relações com a feminilidade.

Desse modo, Freud escreve alguns exemplos de suas novas colocações no texto “Sobre a Sexualidade Feminina II”:

Uma delas é que a fase de ligação com a mãe pode ter uma relação particularmente íntima com a etiologia da histeria, o que não deve surpreender se consideramos que as duas, tanto a fase como a neurose, estão entre as características especiais da feminilidade, e, além disso, que nessa dependência da mãe se acha o gérmen da paranoia posterior da mulher. Pois este parece ser o medo — surpreendente, mas regularmente encontrado — de ser morta (devorada?) pela mãe. É plausível supor que esse medo corresponda a uma hostilidade que na criança se desenvolve em relação à mãe, em consequência das muitas restrições envolvidas na educação e no cuidado corporal, e que o mecanismo da projeção seja favorecido pela pouca idade da organização psíquica. (FREUD, 1933, p. 375).

Nesse texto, Freud explica acerca da sexualidade feminina, afirmando que a feminilidade é marcada pelo horror e pode ser afetada pela emergência das exigências do falo.

Dessa forma, recorre-se ao texto “Angústia e Instintos” do mesmo ano (p. 243) para compreender o que Freud chama de “psicologia biológica”, trazendo conceitos que permitem o entendimento dos processos biológicos, quando pontua: “[...] fala-se de instintos ativos e passivos; dever-se-ia falar, mais corretamente, de metas instintuais ativas e passivas, pois também para atingir uma meta passiva é necessário um dispêndio de atividade”. A menina sente-se lesada, sente inveja do pênis, isso irá refletir no contato que ela tem com sua mãe, culpando-a pela falta. A menina não aceita facilmente a falta do pênis. Ao hostilizar a mãe e dar entrada no Édipo, percebe-se a diferença dessa vivência em relação ao menino.

Assim, descreve o complexo de castração como propício para o complexo de Édipo na menina, ao invés de finalizá-lo. Por meio da inveja do pênis, a menina se distancia da relação materna e entra no Édipo em direção ao pai, como um porto seguro.

Pode-se compreender na teoria Freudiana que, mesmo com a feminilidade, a mulher não supera a inveja do pênis e, ao gerar um filho, ela supre essa falta e pode se sentir satisfeita e plena. E, na relação com o bebê vai trazer aspectos da infância, do Complexo de Édipo, tomando a sua própria mãe como referência.

De acordo com Juan David Nasio (2007, p. 9), na abertura de sua obra “Édipo – o Complexo que Nenhuma Criança Escapa”, Freud afirma que:

As relações do filho com sua mãe são para ele uma fonte de excitação e satisfação sexual, a qual se intensifica quanto mais ela lhe der provas de sentimentos que derivem de sua própria vida sexual, beijá-lo, niná-lo, considerá-lo substituto de um objeto sexual completo.

E segue afirmando que mesmo que a mãe avalie seus cuidados como assexuais, as pulsões sexuais não são apenas despertadas nas regiões genitais, gestos de ternura podem também excitar o bebê.

Para compreendermos melhor o pré-édipo que a menina vive e que o menino não precisa viver, no qual a menina deseja possuir a mãe, Nasio (2007) ressalta, que para sexualizar o pai, a menina primeiro sexualiza a mãe. A menina vive uma angústia pela privação. Deseja o pai, detentor do falo, o pai ao não corresponder, permite à filha uma reaproximação com sua mãe, a menina deixa de considerar o pai desejável e incorpora sua figura em seu Eu. No entanto, o autor afirma que todos



os autores que tratam da feminilidade da mulher se deparam com um enigma não resolvido.

A menina resulta seu Édipo ao entender as diferenças dos sexos, ou seja, a falta do falo. Supera a ideia de inferioridade, para de culpar a mãe, para de rivalizar com o homem, descobre a vagina, deseja o pênis para uma união no ato sexual, descobre o útero e pode desejar um homem para ter um filho dele e amá-lo. (NASIO, 2007).

Segundo Dolto (1996, p. 106-107), na maternidade acontecem muitas evoluções sexuais femininas, uma delas é que a mulher “[...] alcança de fato a plena resolução dos resíduos emocionais edipianos”, ou seja, na gravidez, a mulher terá um bebê, ele é a representação propriamente dita do falo feminino, a “[...] fertilidade desejada como poder recebido de um representante fálico, tanto pessoal como social, portador de um aparelho genital fecundo, do qual ela suscita a atenção, o interesse e a escolha deliberada”. Isto é, a mulher está, no momento, na posição de ocupação fálica, poderosa, podendo surgir a confiança da identificação com sua mãe.

Assim, para enfatizar, pode-se refletir com Dolto (1996, p. 92):

A palavra “mãe” não designa uma mulher como criatura passiva gestante ou consciente de gestar ou de ter posto no mundo filhos carnis; mãe significa para além da história episódica fasto ou nefasto de feto ou bebê, a representação humana da criatividade, o próprio símbolo da fertilidade humana. Sendo a fertilidade sentida como condicionada pelo falo, a mãe geradora torna-se, para si mesma e para os outros, a imagem do falo autóctone, não apenas na época da gestação, como também na época da vida de nutrição antes que o bebê alcance uma mobilidade expressiva do corpo em relação ao mundo circundante.

Engravidar e ter um filho podem ser um processo tão grande que causa na mulher intensas mudanças e encaixes simbólicos, consumam-se fatos que apenas podem acontecer em sua condição de aparelho reprodutor e genital.

Uma criança é uma vida, e uma vida encarnada é uma palavra desconhecida, verdadeira, viva, envolvida de carne. Seja qual for a atitude consciente da gestante, é pelo seu comportamento somático em relação ao seu fruto que ela atinge a aceitação autêntica de sua condição genital, júbilo ou rejeição, que ela sempre experimenta, consciente ou inconscientemente, ainda que o silencie. (DOLTO, 1996, p. 93).

Engravidar e ter um filho podem ter tamanhas dimensões, em que um desejo passa de geração para geração e muitas questões se validam. Assim, Dolto (1996, p. 93) afirma que “[...] ‘gestar’ é manifestar através de um ato corporal sexual a sua submissão passiva condicionante, a sua aceitação condicionada ativamente, ou a dádiva de si não-condicionada às leis da criação”.

Nesse ínterim, acrescenta-se a esses apontamentos a psicanalista Malvine Zalberg, em sua obra “A Relação Mãe e Filha” (2003). Segundo a autora, entender uma mulher requer conhecimento da fase pré-edípica com sua mãe. Assim, acrescenta que, Freud dá ênfase não só ao pai, mas à mãe da menina para desenvolver sobre a sexualidade feminina, afirmando em sua obra que, não há como ter um olhar psicanalítico diante de uma mulher sem olhar para a relação que ela tem com sua mãe.

Assim como pontua Nasio, Zalberg reflete que Freud não teve dificuldade em explicar o Édipo do menino, mas o da menina ele foi elaborando lentamente, o que direciona a menina a uma grande ligação com a mãe. Nesta ligação, a menina espera um significante do sexo feminino e percebe que a mãe também não o possui, isso se especifica a feminilidade.

O fato de a mãe ser destituída do significante feminino constrói uma relação estreita de mãe e filha, isso as une a “[...] um *resto* que não pode ser simbolizado”. (ZALBERG, 2003, p. 191). Sendo a filha nunca totalmente separada da mãe, a menina busca criar seu próprio percurso enquanto mulher, mas há nesta relação a transmissão da feminilidade de uma para a outra. Aos poucos, ela se distingue de sua mãe e cria sua identidade pessoal na adolescência, constituindo-se mulher a partir de lutos vividos por ambas, para obterem propriedade sobre seus próprios corpos e gozo individualmente e essa separação é o que verdadeiramente aproxima mãe e filha.

Para a autora, que afirma a partir da teoria Lacaniana, a mulher não faz parte da universalidade, ela é uma a uma, singular, fazendo da solidão sua aliada, caminho que a leva à liberdade de se tornar mulher.

#### **4.4 Noção de sujeito**

Diante do olhar voltado para a mulher gestante na busca por compreendê-la na perspectiva da Psicanálise, faz-se um recorte de observações acerca do sujeito para esta disciplina.

O sujeito e seu psiquismo constituem-se, primeiramente, na vivência inicial com o outro, normalmente a mãe. Freud afirma em seu texto “Projeto para uma Psicologia Científica” (1996/1895, p. 370) que, “[...] se efetua por *ajuda alheia*, quando a atenção de uma pessoa experiente é voltada para um estado infantil por descarga através da via de alteração interna”.

Trazendo para a discussão a Doutora em Psicologia Thalita Lacerda Nobre em sua obra “Coco Chanel – A força de vida como positividade na histeria feminina” (2016, p. 26), ao tratar da importância do outro nos momentos fundamentais da constituição psicosexual, comenta que os incômodos sentidos pelo bebê são descarregados pela via motora, por exemplo, choro e grito. No entanto, essa descarga é insuficiente para que haja um alívio integral, porque o “[...] estímulo endógeno continua a ser produzido e, por isso, as sensações desconfortáveis não cessam”. Dessa forma, a autora descreve que apenas com o olhar e cuidado do outro, obtendo auxílio externo, é possível cessar a demanda interna do bebê.

Uma visão complementar e interessante a essa é o que escreve Maria Lucia Violante (2004, p. 36) em seu livro “Ensaio Freudiano em torno da Psicosexualidade”, quando afirma que “[...] esse é o momento inaugural da psique e gênese da sexualidade, uma vez que, junto com o leite, o bebê deve ingerir libido materna”. Assim, “[...] por meio das vivências subsequentes de prazer e desprazer na relação com a mãe (ou substituta) e, logo em seguida, com o pai, tem prosseguimento a constituição psicosexual do sujeito”.

Com isso, para essa vivência tão complexa de estabelecimento do psiquismo do bebê a partir da interação entre ele e o outro, após o nascimento, os cuidados com a mãe em pré-natal tem grande importância, pois, para a autora, “[...] à mãe cabe a tarefa de despertar a pulsão sexual no filho e, desse modo, ensinar-lhe a amar.” (NOBRE, 2016, p. 28).

Sobre a importância dos primeiros momentos entre o bebê e sua mãe, ou seja, do bebê com o outro, a autora traz a reflexão sobre a atenção dada pela mãe, cujo resultado é sua própria vida íntima, porque, ao abraçar e ninar, ela está tratando a criança como um objeto sexual. Assim, nesses cuidados, a mãe desperta

no filho pulsões que são muito relevantes para a sua formação psicosexual. (NOBRE, 2016, p. 28).

Vale acrescentar nessa discussão o psicanalista Jacques Sédât, em seu livro “Compreender Freud” (2007, p. 172), pontos sobre o pensamento e o sujeito Freudiano. O autor pontua que o sujeito não é citado de maneira direta na obra Freudiana, mas está implícito em toda a sua teoria. O sujeito Freudiano é o sujeito do inconsciente, que se descentraliza do Eu consciente, regido por leis próprias de desejo. De acordo com o psicanalista francês, antes de Freud, o sujeito é visto como aquele dotado apenas de consciência, de apenas uma via. Sua subjetividade é entendida como uma consciência que, dominada pela razão, regia o homem.

O ser de pulsões inconscientes que surge nas lacunas da consciência, o sujeito Freudiano, é um dinâmico aparelho psíquico, mas não é a pessoa e, sim, “[...] produtor de fantasias, que por sua vez, sucessivamente, elaborarão o corpo e metabolizarão permanentemente a realidade exterior”. Ou seja, as fantasias inconscientes são as que organizam o psiquismo, separadas do meio coletivo, apresentam singularidades e uma subjetividade particular, responsáveis por revelar o sujeito. (SÉDAT, 2007, p. 172). Afirma, assim, que o sujeito Freudiano é aquele detentor de uma psique em busca da felicidade perdida. Esta “[...] perda do objeto primordial, o irremediável, que torna possível os reencontros dos traços da felicidade proporcionada por esse objeto, no palco da realidade.” (SÉDAT, 2007, p. 172).

Nesses apontamentos, ao pensar na gestante como objeto deste estudo, reflete-se o sujeito passível de habitar nesta mulher em momento de crise e transformação, não podendo esquecer de olhar e escutar esse sujeito dentro dessas dimensões, na busca de ampará-la como um ser desejante por ter uma falta estrutural, suas possíveis fantasias e interpretação de mundo. Com essa visão de sujeito, além de compreendê-la, busca-se colaborar, facilitar e mediar o processo de pleno conhecimento da mulher, de si mesma.

Ao entender minimamente a constituição do sujeito da Psicanálise, pode-se, por duas vias, acrescentar na fundamentação desta pesquisa. Primeiramente, estabelecendo a visão de sujeito nos cuidados com as gestantes. E, com o olhar psicanalítico, proporcionar a base e a diretriz sobre o manejo no trabalho com elas, podendo ser pano de fundo ao saber que essas mulheres serão mães e terão papel fundamental na formação de novos sujeitos.

#### **4.5 O Desejo**

O conceito de desejo é muito abordado na teoria psicanalítica. Para iniciar o pensamento acerca do tema, começa-se com Laplanche e Pontalis (2001, p. 113), buscando no Dicionário da Psicanálise a palavra desejo que tem um sentido diferente do que *Wish*, do inglês. Freud, a partir da “Interpretação dos Sonhos” (1900), define melhor essa terminação, usando a palavra em alemão, *Wunsch*, que está mais inclinada à “aspiração, o voto formulado”.

Aqui expressa-se a própria passagem de Freud, em “A Interpretação dos Sonhos” (1900), explicando o conceito de desejo:

A criança faminta grita ou se agita desamparada. Mas a situação permanece inalterada, pois a excitação que parte de uma necessidade interna não corresponde a uma força que impele momentaneamente, mas que age de forma contínua. Uma mudança só pode ocorrer quando, de algum modo, por meio de uma ajuda vinda de fora, a criança tem a vivência da satisfação, que anula o estímulo interior. Um elemento essencial dessa vivência é o aparecimento de certa percepção (do alimento, nesse exemplo), cuja imagem mnêmica, a partir de então, fica associada ao traço mnêmico da excitação criada pela necessidade. Tão logo essa necessidade volta a se manifestar, ocorre, graças ao vínculo estabelecido, um impulso psíquico que procura investir novamente a imagem mnêmica da percepção e suscitar de novo a própria percepção, ou seja, reproduzir a situação da primeira satisfação. Um impulso desse tipo é o que chamamos desejo. (FREUD, 1900, p. 566).

Assim, Laplanche e Pontalis (2001, p. 114) explicam que no pensamento freudiano não há ligação direta da carência com o desejo, porque a carência originada de um instinto se depara com a sua realização, que pode ser atendida por meio de uma atividade própria, como a alimentação, por exemplo. Todavia, “[...] o desejo está indissoluvelmente ligado a ‘traços mnésicos’ e encontra a sua realização (*Erfüllung*) na reprodução alucinatória das percepções que se tornaram sinais dessa satisfação”. No entanto, essa distinção nem sempre é tão evidente na terminologia de Freud.

A perspectiva freudiana sobre o desejo se concentra especificamente no desejo inconsciente, conectado a signos infantis inabaláveis. No uso do termo desejo, é válido ressaltar que Freud não segue estritamente a descrição mencionada, da mesma maneira ele escreve sobre o “[...] desejo de dormir, desejo de pré-consciente.” (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001, p. 114).

Para comentar a compreensão de desejo, destacam-se os apontamentos de Garcia-Roza, em sua obra “Introdução à Metapsicologia Freudiana” (1936), acerca de duas circunstâncias do desejo: “1. Que o desejo se volte para um objeto não-natural; 2. A existência da linguagem”. (p. 189). De maneira simplificada, o desejo não-natural a que o autor se refere trata-se de um desejo vazio, concebido como falta que, ao se voltar para outro desejo, ele se dirige a outro vazio e, somente assim, transcende sua existência natural, permitindo o surgimento de algo não-natural: o desejo de desejo. Sendo assim, “[...] o desejo humano é, pois, desejo de outro desejo” (GARCIA-ROZA, 1936, p. 189).

Dessa forma, o autor explica que o desejo do indivíduo para com os objetos ocorre à medida que os objetos se estabelecem como objetos do desejo de outras pessoas. Por consequência, “[...] ao nos apossarmos desses objetos, estamos afirmando nosso domínio sobre o desejo do outro”, pois “[...] o que o desejo humano deseja é possuir o desejo do outro, é ser desejado ou amado pelo outro, é ser reconhecido em seu valor humano. Este reconhecimento só pode ser feito pela linguagem.” (p. 190).

E, assim, chega-se ao segundo apontamento descrito pelo autor: a presença da palavra: “[...] sem a palavra ficamos irremediavelmente aprisionados na subjetividade” (p.190). A palavra é a comunicação, um recurso indispensável para o reconhecimento, proporcionando, assim, a intersubjetividade.

Neste ponto da pesquisa, após os levantamentos aqui pontuados, pode-se dizer que é o desejo que vai movimentar as nossas ações. Nosso desejo está baseado intrinsecamente ao desejo do outro, ao olhar do outro, à palavra do outro. E, dessa forma, podemos voltar ao objeto de estudo deste trabalho: à gestante e ao desejo dessa mulher.

O desejo, portanto, dessa mulher que está gestante e será mãe, é por este filho que virá. E a criança, por sua vez, constitui-se quando encontra a mãe, da maneira como forma o desejo dela. Afinal, nós nos constituímos com o outro e o nosso desejo se constitui porque alguém nos desejou.

E, nesta pesquisa, arrisca-se refletir que é como se o Estado estivesse fazendo a função materna de desejar essa mãe, desejo esse que vai mobilizar essa mulher a ser assídua no programa, a se cuidar, a se olhar, a entrar em contato com

o desejo dela de ser mãe, a de fortalecer esse desejo, para que, então, e só então, possa desejar essa criança.

## **5. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS NO PROCESSO DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA**

Neste capítulo, apresentam-se e analisam-se os resultados obtidos no decorrer do acompanhamento psicológico prestado no serviço público de saúde em São Vicente/SP.

### **5.1 Método**

Este trabalho descreve a contribuição do Programa Acolhe Mãe, de acompanhamento psicológico na gestação na atenção básica, dentro do Sistema Único de Saúde na cidade de São Vicente/SP, que foi realizada nos anos de 2022 e 2023, na Unidade Básica de Saúde Central (UBS Central).

Utilizou-se o método de pesquisa qualitativa por se tratar de uma análise e interpretação psicológica dos relatos das participantes. Aplicou-se, ainda, o método de pesquisa-intervenção com casos múltiplos que combina elementos de pesquisa e de intervenção, buscando, ao mesmo tempo, compreender e transformar a realidade. A junção desses métodos possibilitou uma análise ampliada dos dados obtidos e maior compreensão a respeito da efetividade do Programa.

O programa forneceu atendimento psicológico individual às gestantes encaminhadas pelos serviços de saúde. Além disso, o programa também possibilitou espaço de escuta e acolhimento para a futura mãe dentro de um consultório psicológico dentro da UBS Central, equipado pela Prefeitura Municipal de São Vicente. O consultório dispôs de duas poltronas confortáveis, viradas uma de frente para a outra, um armário pequeno com cadeado, além de luz amarela indireta, o que possibilitou mais conforto, tranquilidade e aproximação para o ambiente.

Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos em 03 de novembro de 2022 (Número do parecer: 5.737.011 / CAEE: 62822522.3.0000.5536), iniciou-se o contato com as gestantes

que foram encaminhadas pelas Unidades de Saúde Básica (UBS), Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e/ou pelo Fundo Social de Solidariedade de São Vicente (FSS-SV) para o agendamento do primeiro encontro do acompanhamento psicológico. No primeiro atendimento, as participantes foram informadas sobre o objetivo da pesquisa e, concordando em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Vale ressaltar que todas as gestantes atendidas concordaram em participar da pesquisa, assinando o TCLE e levando consigo uma cópia.

## **5.2 Participantes**

Participaram da pesquisa vinte gestantes primíparas e multíparas, com gravidezes de risco habitual, médio ou alto risco, residentes em São Vicente/SP, tendo, no mínimo, 18 anos de idade, de diferentes níveis socioeconômicos, tendo como critério de inclusão serem usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade, encaminhadas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e/ou pelo Fundo Social de Solidariedade de São Vicente (FSS-SV).

Foram excluídas do estudo gestantes menores de 18 anos de idade, por questões éticas que requisitariam autorização dos pais.

## **5.3 Instrumentos**

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: (a) Ficha de Inscrição; (b) Escala de Apego Materno-Fetal; (c) Questionário Semiestruturado. Tais instrumentos serão descritos a seguir.

A Ficha de Inscrição (Anexo I) consiste em um questionário criado pela autora da pesquisa e corresponde aos dados pessoais da gestante participante do programa, incluindo número de matrícula no SUS, idade, estado civil, endereço de residência, escolaridade, profissão, idade gestacional, data provável do parto, número de filhos e doenças pré-existentes.

O segundo instrumento utilizado é o Questionário Semiestruturado (Anexo II), construído pela autora desta pesquisa com o intuito de trazer perguntas abertas com possibilidade de explorar a subjetividade das gestantes, contendo cinco perguntas:



- 1- Tem filhos? Quantos? Qual a idade?
- 2- Sobre você – como você se sente hoje?
- 3- Sobre a maternidade – o que é ser mãe para você?
- 4- Rede de apoio – você tem uma rede de apoio? Quem te ajudará nos cuidados com o bebê?
- 5- Sobre a feminilidade – como você se vê como mulher na gestação?

A Escala de Apego Materno-Fetal (Anexo III) é um instrumento produzido por Cranley (1981) para avaliar o envolvimento emocional da mãe com seu feto e comportamentos que a mulher desenvolve durante a gestação. A Escala foi adaptada e validada no Brasil por Feijó (1999), contendo 24 itens com cinco possibilidades de resposta, que alternam em “quase sempre”, “frequentemente”, “às vezes”, “raramente” ou “nunca”. Sendo que, “quase sempre” tem pontuação equivalente a 5 pontos, e “nunca” 1 ponto. Apenas o item 22 tem pontuação invertida.

Além dos instrumentos utilizados descritos, destaca-se o modelo de intervenção psicológica que foi desenvolvido pela autora desta pesquisa e aplicado no Programa Acolhe Mãe desde o início de sua implementação em 2021.

O referido modelo de intervenção foi realizado com base em um roteiro, o qual contém os cinco atendimentos individuais em caráter de orientação e acompanhamento psicológico, com temas pré-definidos e preserva-se um espaço e tempo para livre demanda. Destaca-se, brevemente, o roteiro com o tema de cada atendimento.

O primeiro encontro tem como tema principal a “Composição familiar e parentalidade” e pretende conhecer e estabelecer um vínculo com a futura mãe. Informações pessoais, com quem mora, se possui cônjuge e como é a relação, e se tem outros filhos. Aqui, aplicou-se a Ficha de Inscrição, Escala de Apego Materno-Fetal e o Questionário Semiestruturado, já descritos anteriormente.

O segundo encontro aborda as “Expectativas em relação ao bebê” e busca entender quais sentimentos e expectativas a gestante nutre em relação à criança. Como a paciente imagina que esse momento vai acontecer, com quem o bebê deve se parecer física e emocionalmente, e quanto à saúde do bebê, se existe com relação a esse tema, são eixos norteadores. O objetivo aqui é acolher, entender e,

se possível, tranquilizar a gestante sobre suas ansiedades e medos em relação à gestação e ao bebê.

“Maternidade, feminilidade e conjugalidade” é o tema norteador do terceiro encontro, sobre o que é ser mãe para a gestante, se há histórico gestacional e partos anteriores e como está a vida conjugal e sexual com seu(sua) parceiro(a).

O quarto encontro abrange a temática “Parto e nascimento” em que se busca saber o que a paciente sabe sobre o parto, se tem preferência pela via de parto, quais são suas expectativas e anseios, quais sentimentos lhe ocorrem quando ela pensa no momento do parto e o que poderia fazê-la se sentir mais confiante e preparada, por exemplo. Aqui pretende-se ainda falar sobre o nascimento, primeiros dias de vida do bebê, primeiros cuidados e o vínculo mãe-bebê.

E, por fim, o quinto encontro aborda sobre a “Amamentação”, que visa trabalhar o vínculo mãe-bebê, explicar a importância dos primeiros dias e meses de vida do bebê e o quanto isso influencia em seu desenvolvimento. As expectativas quanto à amamentação ou alimentação artificial também são abordadas, além da tentativa em extrair o quanto a gestante sabe sobre o tema e o que ela espera desse momento importante da vida do bebê. Ao final do encontro, aplicou-se novamente o Escala de Apego Materno-Fetal e o Questionário.

#### **5.4 Procedimentos**

A Ficha de Inscrição foi aplicada somente no primeiro encontro, enquanto os demais instrumentos foram aplicados no primeiro e no quinto (último) atendimento, durante as sessões de acompanhamento psicológico individual realizadas no consultório de Psicologia na UBS Central, com o intuito de analisar as possíveis alterações de respostas entre a primeira e a última aplicação, para avaliar os impactos e reflexos que a intervenção psicológica proporcionou às mulheres.

A coleta de dados teve início em dezembro/2022 e finalizou em julho/2023, realizada pela psicóloga Thaynã Carneiro Amado, autora desta dissertação, pela equipe técnica do FSS-SV, composta por duas psicólogas Alessandra Almeida e Luciana Ignacio, pelo psicólogo integrante do NASF, Natan Medeiro, e os estagiários de graduação em Psicologia da Universidade Católica de Santos e da Universidade Paulista de Santos.

No que diz respeito ao estágio obrigatório dos alunos participantes da aplicação desta pesquisa, foram cumpridos conforme determinação das Universidades conveniadas com a Prefeitura de São Vicente, mediante contrato de convênio e seguro aos estagiários.

Os alunos passavam por supervisão semanal com a equipe técnica do FSS-SV e do NASF, além de terem a supervisão semanal com o professor responsável da disciplina de estágio nas dependências da universidade.

Foram realizados cinco atendimentos individuais embasados em um roteiro já descrito no subitem anterior.

## **5.5 Levantamento dos dados**

Após leitura detalhada de todas as entrevistas e questionários realizados, inicia-se uma análise do conteúdo obtido por meio dos atendimentos individuais. Abre-se este tópico, apresentando os dados das vintes gestantes que constituíram a amostra dessa pesquisa, a fim de elucidar e qualificar as informações alcançadas.

No que tange à faixa etária das gestantes, cerca de 55% possuem idade entre 25 e 31 anos, 19 a 24 anos (15%), 32 a 36 anos (10%), 37 a 45 anos (10%), e a parcela de adesão do público com 18 e mais de 45 anos obteve a mesma porcentagem: ambas com 5% cada.

Em relação ao estado civil das gestantes participantes, 55% declararam-se casadas, 40% estão registradas como solteiras, enquanto os 5% restantes relataram ser divorciadas.

De acordo com os dados coletados sobre a quantidade de filhos que as gestantes tinham em seu primeiro atendimento, cerca de 40% delas não tinham nenhum filho. Por outro lado, os restantes 60% já eram mães, com um ou mais filhos. Dentre desse grupo, aproximadamente 30% tinham apenas um filho, 20% tinham dois filhos, e os 10% restantes tinham três filhos.

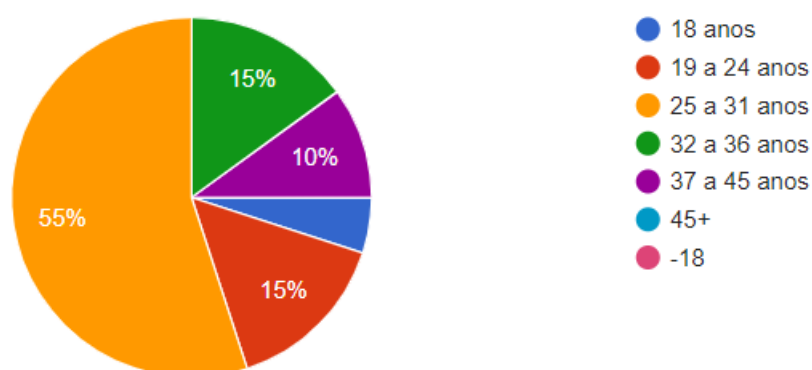
A partir do levantamento do grau de instrução e profissões exercidas pelas gestantes, observa-se que cerca de 65% possuem o Ensino Médio Completo. Os demais níveis de escolaridade estão divididos entre Ensino Superior (10%), Ensino Médio Incompleto (5%), Ensino Fundamental Completo (5%), Ensino Fundamental Incompleto (5%). Cerca de 10% das gestantes atendidas pelo programa não informaram seu grau de instrução. Quanto às profissões, 30% das gestantes

informaram que estão desempregadas, intitulando-se como “do lar”. Foi notado que as demais se enquadraram em variados tipos de profissões como manicure, cozinheira, produtora de salgados, atendente, gerente, autônoma, auxiliar de limpeza, esteticista, pedagoga, promotora de vendas, balconista, turismóloga, tendo cada uma dessas profissões uma porcentagem de 5%, já a profissão de vendedora recebeu uma porcentagem de 10%.

A respeito da saúde das gestantes, foi possível identificar, a partir da análise da ficha cadastral que, 40% não possui nenhum tipo de comorbidade ou doença decorrente ou pré-existente à gestação. No entanto, 60% das gestantes relataram possuir doenças anteriores à gestação, decorrentes da gestação, quadros psiquiátricos e até mesmo condições médicas atípicas da gestação, como a necessidade da realização de Cerclagem (cirurgia realizada para evitar o parto prematuro onde é feita uma sutura no colo do útero na porção vaginal, impedindo que a cavidade uterina abra antes da hora e que a bolsa fetal desça, desencadeando o trabalho de parto prematuro). As doenças mais citadas foram Diabetes Gestacional (20%), Hipotireoidismo (15%), Hipertensão (15%), Trombofilia (10%). Deslocamento de Placenta, Descolamento de Retina, Dermatite Atópica, Asma, Depressão e Ansiedade, cada uma com 5%.

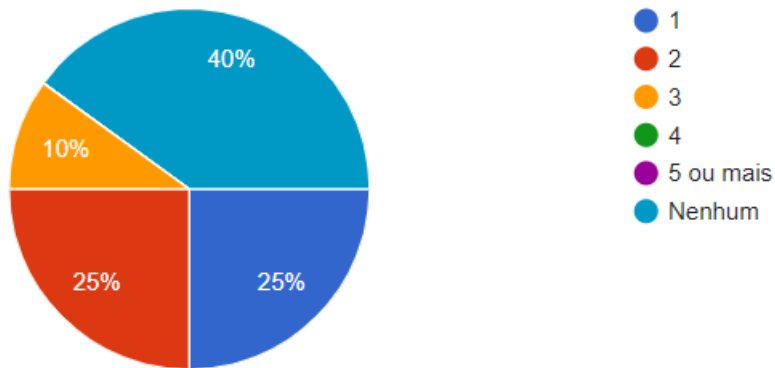
A seguir, apresentam-se os gráficos para melhor elucidação dos dados descritos até aqui.

**Figura 1 - Faixa etária**



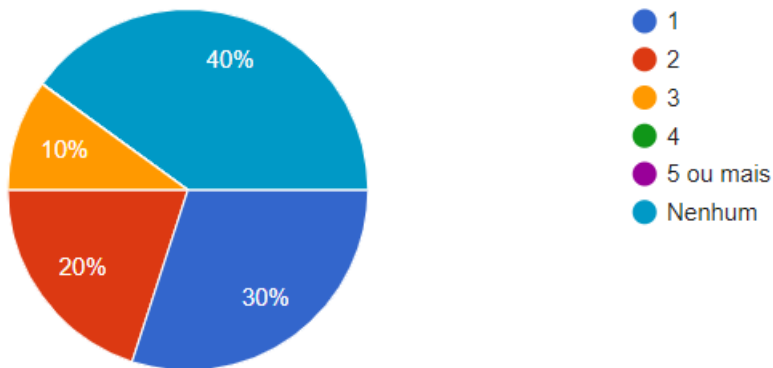
Fonte: Elaborada pela autora (2023)

**Figura 2 - Estado Civil**



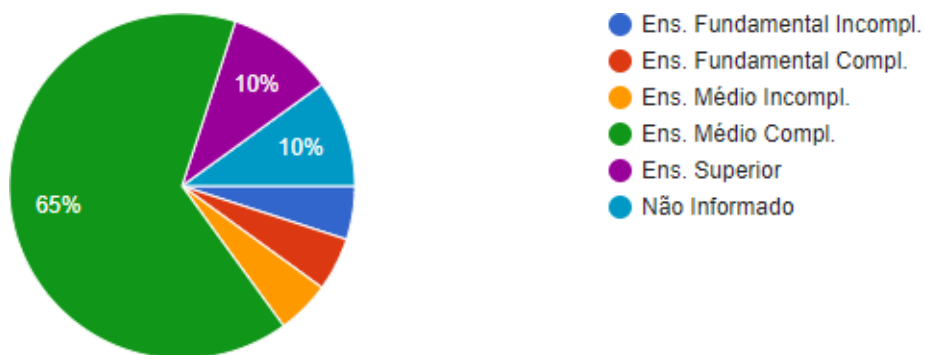
Fonte: Elaborada pela autora (2023)

**Figura 3 - Número de filhos**



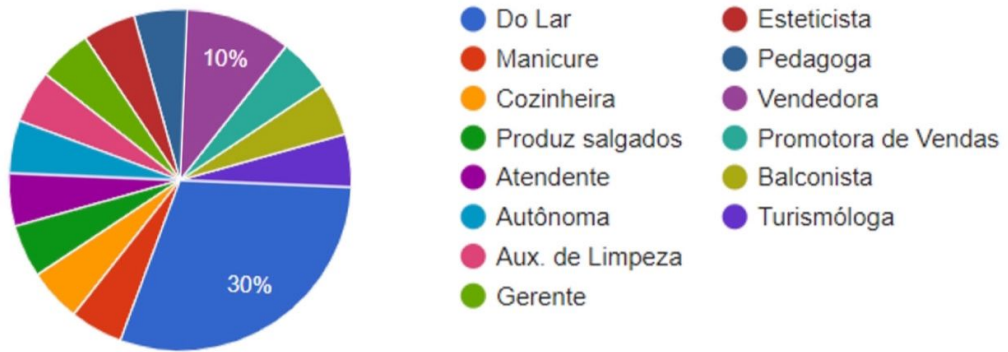
Fonte: Elaborada pela autora (2023)

**Figura 4 - Grau de instrução**



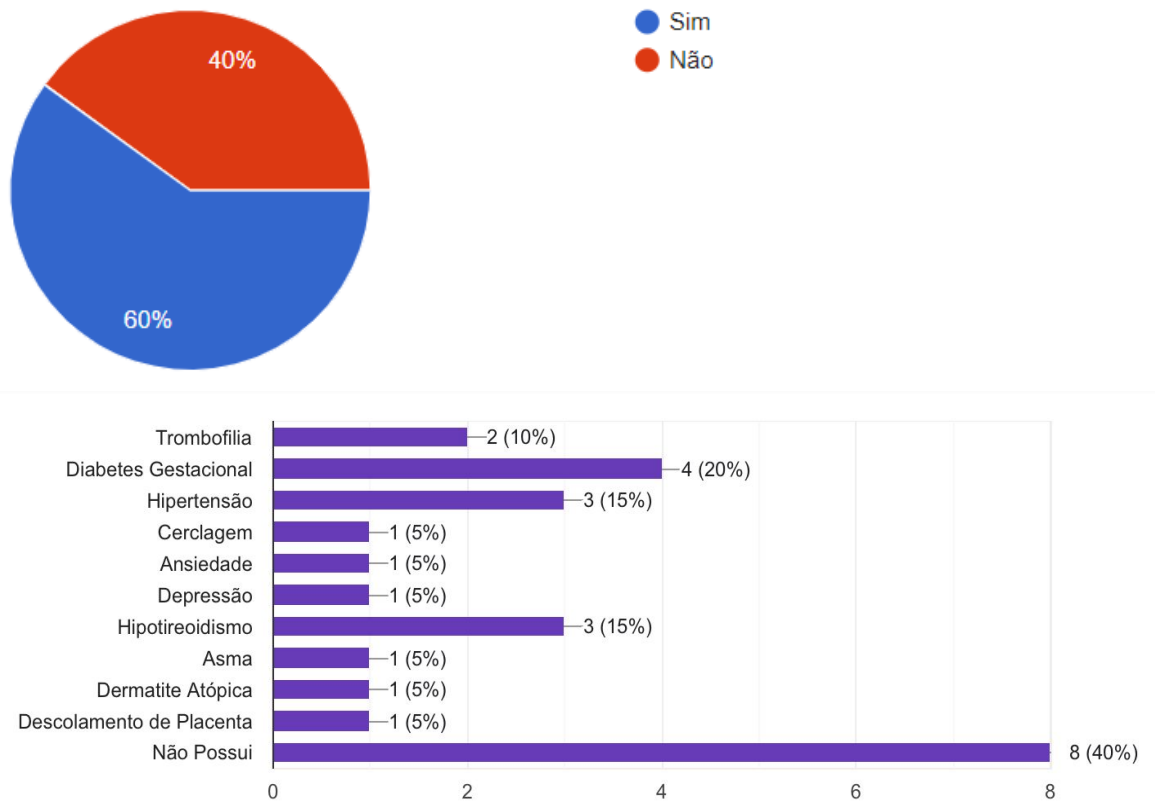
Fonte: Elaborada pela autora (2023)

**Figura 5 - Profissão**



Fonte: Elaborada pela autora (2023)

**Figura 6 - Doenças ou comorbidades**



Fonte: Elaborada pela autora (2023)

## 5.6 Interpretação e discussão dos dados

No curso da análise das informações captadas pela presente pesquisa, discorre-se agora sobre o Questionário Semiestruturado. Vale ressaltar que, o referido questionário foi aplicado duas vezes – no início e no final do tratamento – o que possibilitou uma comparação entre as duas aplicações. Dessa mesma maneira se deu a aplicação da Escala de Apego Materno-Fetal que será analisado na sequência.

Das gestantes que participaram da pesquisa, seis encontravam-se no segundo trimestre de gestação e catorze no terceiro trimestre.

A análise teve base a partir de quatro categorias temáticas derivadas das respostas do próprio questionário, designadas: 1) Rede de apoio; 2) Alterações no corpo e as repercussões emocionais; 3) O sentido da maternidade; e 3) Espaço para a feminilidade.

### **5.6.1 Rede de apoio**

Você tem uma rede de apoio? Quem te ajudará nos cuidados com o bebê? Essas foram as perguntas feitas para as gestantes com o objetivo de compreender a dinâmica de vida dessa mulher, e se ela tem apoio de alguém para auxiliá-la nos cuidados com o bebê e na nova rotina que irá começar.

Dezesseis gestantes, equivalente a 80%, responderam que possuem rede de apoio e que terão ajuda para cuidar de seu bebê: *“Eu tenho meu marido, minha sogra e minha mãe, estou bem amparada nesse sentido”* (gestante 8, 30 anos, 32 semanas). *“Tenho minha mãe, minha sogra e minha cunhada, é o primeiro neto da minha sogra, estão todos muito felizes e querendo ajudar, o momento atual é exatamente o que eu queria viver, tirando a parte das dores...”* (gestante 9, 18 anos, 36 semanas).

Entretanto, quatro gestantes mencionaram que não têm rede de apoio e não terão ajuda nos cuidados com o bebê e na nova rotina que se iniciará: *“Não tenho ninguém, cuidarei do bebê sozinha”* (gestante 19, 32 anos, 39 semanas). Entre as quatro gestantes que mencionaram não ter ninguém, uma resposta chamou atenção. No primeiro atendimento, a gestante 2 (31 anos) com 28 semanas respondeu assim: *“Não tenho rede de apoio, somente meu marido nos primeiros*

*dias, não posso contar com minha mãe*". E no último atendimento, com 35 semanas, disse: *"Não tenho rede de apoio, só meu marido e minha filha mais velha"*.

Identifica-se, no discurso da gestante, que ela deseja ter alguém para contar, mas no primeiro atendimento já exclui sua mãe, e coloca o marido apenas nos primeiros dias. Já no último atendimento, afirma não ter rede de apoio, mas complementa que tem o marido e a filha mais velha com nove anos, o que pode mostrar certa ambiguidade na primeira leitura. Contudo, em uma análise psicológica, é como se ela dissesse assim: eu tenho pessoas que poderiam me ajudar, mas não posso contar com elas, então não, não tenho rede de apoio.

### **5.6.2 Alterações no corpo e as repercussões emocionais**

No questionário de dezessete gestantes aparece alguma resposta relacionada ao corpo, ainda que nenhuma pergunta tenha sido direcionada para esse tema. Nas respostas que mais aparecem é na pergunta de número cinco: "Sobre a feminilidade – Como você se vê como mulher na gestação?" O que revela, na maior parte das respostas, uma associação entre o corpo estético e a feminilidade.

Dentro das dezessete respostas que fizeram menção ao corpo, seis respostas trazem contribuições positivas e relatam que se sentem bem e bonitas grávidas: *"Me sinto muito feminina, mais bonita. Gosto de me arrumar e gosto do meu corpo grávida"* (gestante 13, 35 anos, 31 semanas). *"Estou com a autoestima lá em cima, me sinto muito bonita e satisfeita com a minha aparência"* (gestante 12, 27 anos, 25 semanas). *"Agora estou mais animada, voltei a me cuidar, a me arrumar e estou com mais disposição para sair"* (gestante 7, 28 anos, 17 semanas).

No item 4.3, que abordou e discutiu sobre a Feminilidade, foi pontuado, de acordo com os estudos de Françoise Dolto (1996), que a mulher quando está grávida sente que possui o falo, sendo o bebê, a representação do falo feminino, tendo a plena resolução dos conflitos edipianos. Ou seja, nesse momento, a mulher está na posição de ocupação fálica podendo esse fenômeno repercutir na mulher como sentimento de empoderamento e sentir-se invejável.

A narrativa da gestante 14, com 39 anos, 30 semanas, pode consolidar esse conceito: *"Me vejo muito bem, me sinto melhor agora com o meu corpo do que quando não estava grávida. Me sinto forte, bonita e sexy"*.



No entanto, onze mulheres relataram aspectos negativos da aparência durante a gestação, incômodos em relação ao peso e à beleza, relacionando a falta de vontade e tempo de fazer as unhas e cabelo, por exemplo. *“Me sinto feia e acabada, não faço nada para mim, não arrumo meu cabelo e isso é péssimo, tenho insônia e manchas no corpo, celulites, o cabelo é o mínimo que eu queria arrumar”* (gestante 2, 31 anos, 35 semanas). *“Me sinto uma bola redonda, não consigo nem andar direito, faço tudo bem devagar”* (gestante 11, 35 anos, 28 semanas). *“Me sinto muito mal com o meu corpo, meu cabelo vai fazer duas semanas que não lavo por preguiça, muito cansada, esgotada”* (gestante 15, 32 anos, 20 semanas).

Nota-se que as mudanças corporais têm suas repercussões emocionais e na maneira como a mulher se vê. Embora algumas tenham trazido aspectos positivos, relatando se sentir bem e confortáveis com a sua aparência, destaca-se que a maioria das gestantes sente um grande desconforto com o tamanho da barriga, com o aumento do peso e as implicações que isso causa, como mais cansaço, fadiga e pouca disposição. O que faz ecoar também na autoestima: *“Não estou muito bem como mulher, me sentindo feia, não estou com a autoestima muito alta”* (gestante 17, 42 anos, 36 semanas).

Nesses relatos foi possível identificar que, em dado momento, a energia foi se tornando insuficiente e a aparência foi um ponto deixado de lado: *“Eu estou preguiçosa e relaxada, faz 3 dias que não lavo meu cabelo...”* (gestante 4, 25 anos, 36 semanas). Porém, continua seu relato explicando: *“...só que me sinto bem com isso, acho que hoje tenho coisas mais importantes para me preocupar”*. O que demonstra que, nesse momento da gestação, a aparência e os cuidados com a beleza já não são prioridades, mas o bebê que está por vir.

Observou-se ainda um receio de que o corpo não volte ao que era antes de engravidar: *“Me sinto péssima como mulher, antes me arrumava, hoje não faço nada por mim, eu fazia bronzeamento artificial e hoje não posso, corria na praia, tenho medo de que meu corpo não volte ao normal e eu fique assim como estou”* (gestante 4, 25 anos, 27 semanas).

Os aspectos relacionados ao corpo trazidos aqui pelas gestantes corroboram com o pensamento de Maria Tereza Maldonado (2017), apontado no item 3.3, “Medos comuns na gestação”, a respeito do receio que a gestante tem em perder sua forma física e não conseguir voltar à estrutura corporal após o parto.

No entanto, em uma análise psicológica, o medo não consiste em apenas modificar o corpo e sua estrutura física, mas de alterar também a sua identidade antes da gravidez, um significado simbólico de perda da imagem que fazia de si mesma.

### 5.6.3 O sentido da maternidade

Essa pergunta foi incluída no questionário com o intuito de extrair o significado da maternidade para cada mulher, o que ela espera, fantasia e deseja. As respostas foram das mais diversas. Algumas responderam conceituando a palavra “mãe”, outras revelaram o seu sentimento para com esse novo papel que virá, e outras ainda não sabiam definir, especialmente as primíparas.

*“Não sei o que é ser mãe, ainda não caiu a ficha, acho que é proteger de todo o mal e não deixar ninguém machucar minha filha”* (gestante 3, 25 anos, 36 semanas).

*“Eu ainda não sei responder, mas acho que é algo bom”* (gestante 5, 20 anos, 31 semanas).

Houve relatos que trouxeram uma identificação positiva com a mãe da gestante em uma narrativa de buscar ser o que a mãe foi para ela: *“É abrir mão de tudo, dar o que puder, se doar 100% para minha filha, me sinto feliz em ser mãe, quero ser como minha mãe foi para mim, sempre pensa nos filhos, ela é meu espelho, estou bem confiante e preparada”* (gestante 9, 18 anos, 36 semanas). *“Cuidar, proteger, sempre estar do lado, apoiar quando tem que apoiar, brigar quando tem que brigar, mas acima de tudo amar incondicionalmente que foi isso que minha mãe me proporcionou a vida toda”* (gestante 11, 21 anos, 33 semanas).

Conforme se destacou na fundamentação teórica, o papel da mãe da mulher é fundamental e influente, especialmente quando está grávida e se torna mãe. No item 1.5, que trata do apoio da família e da mãe da gestante, pode-se observar que a relação da mulher com sua mãe gera modelos internos de maternidade, assim esses modelos “farão parte do universo mental feminino, e com eles a mulher tende a se identificar ao cumprir seu papel materno”, revela Felice (2007, p. 146).

O que foi visto é que essa influência pode ser positiva, servindo de inspiração, como essas duas últimas narrativas, ou pode ser negativa, como um

exemplo que a gestante não quer seguir. Nesse caso, apenas uma gestante relatou essa experiência: *“Ser mãe é estar com meus filhos, cuidar do que eles precisam, dar o que eu não tive em minha vida com a minha mãe”* (gestante 19, 32 anos, 39 semanas).

Ressaltam-se respostas que evidenciam o papel da mãe em relação ao papel do pai, com a narrativa de que a mãe é quem realmente cuida, o que nos revela uma sobrecarga da mulher frente à maternidade, ainda antes de o filho nascer. *“Ser mãe é quem dá carinho, amor e segurança, mãe é mãe, não é pai, é estar presente em tudo na vida da filha”* (gestante 16, 32 anos, 27 semanas).

É possível perceber ainda que a mulher, em alguns casos, faz o papel da mãe e do pai, como relata a gestante 2, sobre a maternidade: *“É padecer na terra, um lado bom e um lado complicado, mãe é mãe e mãe é pai, é a que faz tudo pelo filho e isso vai para a vida toda”* (31 anos, 35 semanas).

Destacam-se ainda descrições emocionadas relacionando o significado da maternidade com a concretização de um sonho: *“É tudo. É um sonho realizado”* (gestante 12, 27 anos, 25 semanas). *“É um sonho ser mãe. É muito amor, amar e se entregar”* (gestante 13, 35 anos, 31 semanas).

#### **5.6.4 Espaço para a feminilidade**

Essa pergunta foi inserida no questionário com o intuito de explorar como e onde fica a feminilidade em uma mulher grávida. Já foi descrito anteriormente, mas toma-se a liberdade de reescrever o trecho para ressaltar a importância dessa temática.

Com o olhar voltado para a mulher e sua feminilidade, que já foi uma menina, é também filha de alguém, pode ser irmã de alguém, pode ser amiga. Ao crescer, uma profissional, uma namorada, talvez uma esposa. Ao tornar-se mãe, inicia com a maternidade mais uma área, mais um setor em sua vida, que exige dela uma nova vivência, uma outra função, uma divisão do seu tempo, redistribuição da sua atenção, porém em um dos campos mais complexos do desenvolvimento humano, a gravidez e, em seguida, o parto e a função materna. A mulher, portanto, reajusta-se na sua identidade, a imagem que fazem dela precisa mudar, mudam também suas redes de relacionamento e surge uma alteração familiar com a gravidez.

O que se buscou com essa pergunta foi investigar se a gestante consegue somar os dois papéis – mulher e futura mãe, ou se o papel de mulher é substituído pelo papel de mãe? Há ainda espaço para ser mulher além de mãe?

A maioria (85%) das respostas dessa pergunta relacionaram a feminilidade à aparência física, às mudanças corporais e à falta de tempo e disposição para cuidar da beleza, como foi apresentado na segunda categoria.

No entanto, em algumas respostas é possível acessar como a gestante vê a sua feminilidade na gravidez: *"Me sinto bem frágil, sensível e ansiosa, mas acho que isso é normal, antes de estar grávida eu me cuidava muito, hoje não tenho esses cuidados comigo, acho que a entrega já começa na gestação, deixamos de ser nós mesmas. Acho que isso é meio normal, me sinto chorosa às vezes, não me acho feia, acho que não tenho vontade de fazer nada diferente"* (gestante 9, 18 anos, 36 semanas). Nessa resposta, é possível identificar aspectos do feminino dessa gestante, principalmente como ela relata que se sente "bem frágil, sensível e ansiosa" na pergunta sobre a feminilidade, logo após ter respondido que se sentia *"feliz e realizada, foi a melhor coisa que aconteceu para mim e meu esposo, não foi planejado, mas estávamos esperando"*, na pergunta sobre "como você se sente hoje?".

Observa-se que ela disse que se sentia muito feliz e realizada e, com o decorrer das perguntas, ao chegar no tema do feminino, ela encontra um espaço para falar como realmente se sente enquanto mulher. E ainda desabafa dizendo que a dedicação e empenho da maternidade já começa na gestação, trazendo sobrecarga, o que reflete no choro, em uma descarga emocional.

Algumas respostas apontam que a preparação para a maternidade, as alterações no corpo grávido, bem como, alterações hormonais, os conflitos emocionais e as relações pessoais, além dos cuidados com os filhos, tomam todo o tempo, não havendo lugar para a feminilidade. É o que responde a gestante 7: *"Não me vejo como mulher faz tempo, somente como mãe. Não sei em que momento eu me perdi de mim mesma, mas eu sei que me perdi há muito tempo, não me reconheço no espelho como 'Fernanda' (nome fictício), nem me cuido ou faço algo por mim mesma. Não consigo fazer tudo o que tenho vontade. Gostaria de me cuidar, sair, trabalhar, passear, mas não estou com vontade de fazer absolutamente nada. Limitações emocionais, não físicas, que nunca ninguém está preparada. Não*

*me imaginava mãe de duas, muito menos mãe de 3 crianças”* (28 anos, 17 semanas).

Este relato apresenta em algumas linhas o ponto de partida dessa pesquisa: promover um espaço de escuta e acolhimento para a futura mãe. E, ao mesmo tempo, justifica a sua existência. O discurso dessa mãe que não se reconhece mais, que deixou de ser ela mesma, e diz estar exausta emocionalmente aponta a preocupação que motivou a pesquisa e o desenvolvimento do trabalho de intervenção psicológica com gestantes na cidade de São Vicente: é urgente e necessário que haja um espaço para que as gestantes e as mães possam ser ouvidas, um local em que elas possam descarregar suas emoções, reorganizar seus pensamentos e, principalmente, ter um espaço para elas mesmas.

Nesse mesmo sentido, há ainda um segundo relato, agora de uma grávida do primeiro filho: *“Não me vejo como mulher, só como mãe, é assim que me sinto hoje”* (gestante 4, 25 anos, 36 semanas).

Faz-se relação das narrativas mostradas aqui com os fundamentos apresentados no item 4.3, Sexualidade, Feminilidade e Relação Mãe e Filha. Naquele subitem, apresentaram-se os estudos de Freud acerca da feminilidade. Ele acredita que a mulher pode se sentir satisfeita, realizada e plena na maternidade, ao gerar um filho, como se estivesse se completando de algo que faltava.

Os discursos manifestados aqui reforçam o pensamento de Freud quando a mulher relata que agora só consegue se enxergar como mãe, afinal, a maternidade a completou e trouxe realmente a sensação de não haver espaço para mais nada, para além de ser mãe.

Diante desses relatos pode-se pensar que a maternidade, iniciada já com o anúncio da gravidez, tem seus impactos na dinâmica da vida da mulher e de sua família. No entanto, é notável que, no discurso dessas mulheres, o impacto maior e mais sentido é em sua própria existência. Por isso, reitera-se a justificativa do acompanhamento psicológico na gestação, pensando a mulher como um sujeito em meio a todas essas dimensões e funcionamentos na busca de ampará-la como um ser desejante por ter uma falta estrutural, suas possíveis fantasias e interpretação de mundo.

## **5.7 Resultados Escala de Apego Materno-Fetal (EAMF)**

Além do Questionário Semiestruturado, utilizou-se a Escala de Apego Materno-Fetal (EAMF) com o intuito de quantificar e avaliar em números a diferença da aplicação do primeiro para o último atendimento, já que a pesquisa consiste em medir os efeitos da intervenção psicológica na gravidez.

A tabela apresentada a seguir revela a pontuação alcançada por cada gestante no primeiro atendimento. Na sequência, a pontuação no segundo atendimento e, em seguida, a diferença de uma pontuação para a outra. Os escores são os seguintes: baixo apego (24 e 47 pontos), médio apego (48 a 97) e alto apego (98 a 120 pontos). (RUSCHEL, 2014).

**Tabela 1** - Classificação Escala de Apego Materno-Fetal

<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO 1º ATENDIMENTO</b>	<b>PONTUAÇÃO 2º ATENDIMENTO</b>	<b>DIFERENÇA DE PONTUAÇÃO ENTRE 1º E 2º</b>
<b>Gestante 1</b>	40	79	39
<b>Gestante 2</b>	69	107	38
<b>Gestante 3</b>	56	89	33
<b>Gestante 4</b>	80	102	22
<b>Gestante 5</b>	83	104	21
<b>Gestante 6</b>	72	92	20
<b>Gestante 7</b>	93	112	19
<b>Gestante 8</b>	80	98	18
<b>Gestante 9</b>	97	112	15
<b>Gestante 10</b>	87	100	13
<b>Gestante 11</b>	92	105	13
<b>Gestante 12</b>	82	95	13
<b>Gestante 13</b>	105	114	9
<b>Gestante 14</b>	91	99	8
<b>Gestante 15</b>	59	66	7
<b>Gestante 16</b>	97	103	6
<b>Gestante 17</b>	89	95	6
<b>Gestante 18</b>	99	104	5
<b>Gestante 19</b>	86	91	5
<b>Gestante 20</b>	90	92	2

**Legenda**

	<b>Baixo apego (24 a 47)</b>
	<b>Médio apego (48 a 97)</b>
	<b>Alto apego (98 a 120)</b>

Fonte: Elaborada pela autora (2023)

A planilha de resultados foi construída por ordem de apego, na qual se mostra uma alteração entre a primeira e a última aplicação sendo que gestante que mais teve apego ao feto foi a gestante 1, com diferença de 39 pontos; e a gestante 20, 2 pontos. Essas diferenças apontam que houve mais apego da mãe em relação ao bebê após a intervenção psicológica, o que comprova a hipótese inicial de que o acompanhamento psicológico proporcionaria mais orientação sobre a gestação, maternidade e feminilidade, por meio de um ambiente de escuta e acolhimento para a futura mãe, proporcionando mais segurança, bem-estar e confiança.

Os dados quantitativos demonstram que o apego em relação ao feto aumentou em relação ao início do tratamento e, nesse viés, apresentam-se a seguir algumas comparações de respostas no questionário da primeira e da segunda aplicações, reafirmando o que a tabela e os números demonstram.

Pergunta: Sobre a maternidade – o que é ser mãe para você?

Primeiro atendimento: *“Ter que cuidar, defender a criança, não estou preparada”*. (Gestante 1, 28 anos, com 32 semanas, 1º filho).

Quinto atendimento: *“Ser mãe é proteger e cuidar, agora me sinto preparada”*. (Gestante 1, 28 anos, com 38 semanas, 1º filho).

A gestante 1, que teve na primeira aplicação do EAMF apenas 40 pontos, caracterizada em baixo apego, expressa em suas primeiras respostas que está triste, não sabe muito bem o que dizer e revela que gostaria de sumir. Já nas últimas respostas apresenta maior pontuação na escala, classificando-se em médio apego, e diz que se sente mais preparada e expressa mais confiança nas respostas do questionário.

Pergunta: Sobre a maternidade – o que é ser mãe para você?

Primeiro atendimento: *“Ser mãe ao mesmo tempo que é algo maravilhoso, é algo totalmente solitário. É o maior amor do mundo, mas é muito solitário, a mãe abre mão de si mesma pelos filhos por mais que digam que não. É muita sobrecarga e muito desafiador. Acredito que não estou preparada”*. (Gestante 7, 28 anos, 17 semanas, 3º filho).

Quinto atendimento: *“Ser mãe é uma montanha russa de sentimentos. É casa, é abrigo, colo, carinho, parceria, amizade. Coisas que eu não tive com a minha própria mãe, mas quero dar para meus os filhos e fazer diferente”*. (Gestante 7, 28 anos, 22 semanas, 3º filho).

A gestante 7 teve 93 pontos na primeira aplicação, caracterizando médio apego, conforme a tabela de avaliação. E na segunda aplicação, passou para 112 pontos, representando alto apego ao feto. O relato descrito evidencia isso. Na primeira resposta, é possível observar uma mulher triste, sobrecarregada, que conta que renuncia a si mesmo por causa dos filhos e relaciona a maternidade a algo mais negativo e fadigoso. Já na segunda aplicação a mesma gestante faz até um poema quando é feita a mesma pergunta, agora relacionando a maternidade a algo bom, positivo: abrigo, colo, carinho, parceria e amizade.

Pergunta: Sobre a feminilidade: como você se vê como mulher na gestação?

Primeiro atendimento: *“Me vejo muito forte, sou muito forte. Consigo fazer de tudo, só os cuidados comigo que estou deixando de lado”*. (Gestante 20, 29 anos, com 19 semanas, 3º filho).

Quinto atendimento: *“Eu faço de tudo, parei de fumar e de beber. Me sinto linda grávida, me cuido, hoje sinto vontade de fazer isso e sei que é importante. Até o relacionamento com o meu marido mudou depois dos atendimentos. Estou me sentindo mais segura”*. (Gestante 20, 29 anos, com 22 semanas, 3º filho).

A gestante 20 responde na primeira pergunta que é muito forte, mas tem negligenciado os cuidados consigo mesma, demonstrando baixa autoestima. No último atendimento ela verbaliza que conseguiu se priorizar, começou a promover o autocuidado e houve repercussão positiva inclusive no relacionamento.

## **5.8 O que dizem as gestantes sobre o Acolhe Mãe**

O Programa “Acolhe Mãe” iniciou-se com o objetivo de proporcionar um espaço de escuta psicológica e acolhimento individual para as futuras mães que procuravam o Fundo Social de Solidariedade de São Vicente (FSS/SV) em busca de um enxoval de bebê, prática comum e já realizada há bastante tempo pelo departamento.

No entanto, a autora desta pesquisa, enquanto Presidente do FSS/SV, implementou o programa para que, além do enxoval, essas mulheres recebessem



também atendimentos psicológicos que pudessem propiciar espaço para serem ouvidas por um profissional ou estagiário de Psicologia sem julgamentos. Os atendimentos foram pensados de modo que houvesse um tema para ser falado sobre a gravidez e a maternidade, mas sempre reservando um espaço para livre demanda. Uma espécie de mistura de psicoterapia breve com orientação e acompanhamento psicológico.

Ao final do quinto atendimento, agendava-se o dia e horário para realizar a entrega do enxoval de bebê. As entregas eram realizadas de acordo com o tempo gestacional de cada uma, priorizando sempre aquelas cujo parto estava mais próximo.

Os dias de entrega de enxoval eram sempre dias muito felizes, porque, além de preparar um bolo, chá e café quentinho, preparava-se também a sala: cadeiras eram distribuídas em formato de roda, as roupas e itens que compunham o conjunto de enxoval eram separados com carinho pela equipe do FSS/SV e finalizados com um laço rosa ou azul, indicando o sexo do bebê e havia, ainda, um cartão com uma mensagem de afeto para as futuras mães participantes.

Após toda a preparação, o encontro era uma oportunidade única de ouvir várias mães sobre como foram suas experiências ao passar pelo programa.

Iniciava-se sempre com as boas-vindas da pesquisadora, que explicava como o programa começou, seus principais objetivos e os próximos passos. Na sequência, os psicólogos da equipe também compartilhavam suas impressões. E, então, abria-se a palavra para as gestantes. Relatam-se agora alguns desses depoimentos.

**Gestante 8** – *“Quando descobri minha segunda gestação me senti perdida e totalmente sem saber o que fazer. O enfermeiro que me acompanhava, ao perceber minha saúde psicológica, me encaminhou para o programa onde conheci a Psicóloga Alessandra, que de fato me acolheu, me escutou e o principal, me entendeu. Ao passar da segunda sessão, já era notável minha evolução, fui aceitando e conseguindo criar um vínculo de fato de mãe e filha. O Acolhe Mãe foi fundamental para que eu entendesse e me permitisse aceitar isso e sou grata a todos envolvidos”.*

**Gestante 4** – *“O Acolhe Mãe foi muito importante para mim porque assim como muitas mães têm uma gravidez linda, esperada e planejada, têm muitas mães*

*como eu que tem uma gravidez não esperada, difícil, sem apoio, onde se sente sozinha, sem trabalhar e a cabeça começa a dar voltas, porque você se sente sozinha, você não sabe o que fazer e nisso você acaba desenvolvendo problemas, não só emocionais, mas problemas de saúde também. Vai juntando tudo, você fica perdida e de início você acha que pode desabafar com as pessoas, que as pessoas vão te ajudar. Até que você vê que não, que você precisa de ajuda de um profissional mesmo e foi isso que aconteceu. No final da minha gravidez eu estava muito mal, eu não sabia mais o que fazer e fui em uma Unidade de Saúde perto da minha casa, onde eu fui encaminhada para o programa e assim que eu comecei, eu já senti melhora. Eu fui ficando uma pessoa mais calma, mais tranquila, por mais que fosse difícil, me ajudou demais. Então eu sempre falo, está grávida, está com dificuldades, não está bem, não se sente preparada, tem medo medos, dúvidas, se sente ansiosa ou desenvolvendo algum tipo de problema, não hesite em procurar ajuda na UBS mais perto da sua casa, peça para ser encaminhada para o programa porque lá vão te ajudar”.*

**Gestante 14** – *“Eu participei do projeto Acolhe Mãe com cerca de 30 semanas de gravidez. A Joana (nome fictício) é minha segunda filha, eu já tinha o Mateus (nome fictício) que hoje tem 3 anos e naquele momento foi importantíssimo, porque eu estava tendo muitas dúvidas, muitos conflitos, muitas dificuldades. A gravidez do Mateus foi completamente diferente, foi tudo muito tranquilo, já a da Joana eu tive dificuldades. Eu engravidei, mas não havia planejado, e eu senti tudo, senti enjoo, a barriga ficou enorme e tudo mais.*

*Eu queria cuidar do Mateus e não conseguia, tive pressão alta e isso tudo afetou meu psicológico, principalmente porque eu não conseguia atender as necessidades do Mateus da maneira com que eu sempre lidei. Me cobrei muito nesse sentido, então o apoio psicológico me fez perceber que algumas coisas são como são e a maneira como a gente lida com essas coisas é que fazem a gente se sentir melhor, né? De fato, o nome faz muito sentido porque eu realmente me senti acolhida naquele momento e me ajudou muito porque, apesar de não ter sido uma terapia que eu acho que é uma coisa necessária para todas as pessoas agora mais do que nunca, foi minha primeira experiência fazendo terapia, então eu percebi quão importante é você ter esse apoio profissional e em especial nesse momento de*

*gravidez que foi um atendimento mais ágil, uma coisa mais focada com esse olhar mesmo, então eu achei que fez bastante diferença”.*

Esses relatos foram transcritos da maneira como foram falados pelas gestantes na entrega dos enxovais de bebê. E reitera-se que o dia da entrega é realmente um dia muito feliz, especialmente porque se tem a oportunidade de escutar relatos emocionados de mães e futuras mães sobre o quanto o programa melhorou a vida delas. Já houve relato, inclusive, de pai que participou junto com a esposa e ele pediu a palavra para agradecer e dizer que o relacionamento conjugal melhorou muito depois dos atendimentos psicológicos. Enfim, são histórias de pessoas que tiveram suas vidas melhoradas por meio da Psicologia no Serviço Público de Saúde.

## **6. PRODUTO TÉCNICO**

A pesquisa científica se originou no Programa “Acolhe Mãe”, partindo da inquietação da doação de itens de enxoval de bebê com critério frágil, realizado pelo Fundo Social de Solidariedade de São Vicente/SP. Com isso, propõe-se um acompanhamento psicológico na gestação, ligado ao pré-natal médico e, ao final da gestação, realiza-se, então, a doação do enxoval de bebê às gestantes participantes do programa.

Foi descrito na interpretação e discussão dos dados obtidos por meio da amostra dessa pesquisa, um dia de uma entrega de enxoval para as gestantes que finalizaram o acompanhamento psicológico. Pode-se dizer que é unânime o pedido, por parte das gestantes, de continuação dos atendimentos após o parto, ressaltando a importância e o quanto as sessões fizeram bem para elas e suas famílias.

A chegada de um bebê traz consigo muitas novas demandas e uma nova rotina, um novo papel se instaura na vida da mulher, o papel de mãe, cuidadora e auxiliadora. Ao mesmo tempo, altera, de alguma – ou de todas as formas, a dinâmica familiar. Se é o primeiro filho, os pais fazem uma transição de casal conjugal para casal parental e tentam se encontrar em seus novos papéis de pai e

de mãe. Se é um segundo, terceiro filho, a dinâmica familiar também precisará se ajustar, o irmão mais novo pode trazer desconforto ao irmão mais velho, que precisará de mais atenção para não se sentir rejeitado, por exemplo.

Enquanto tudo isso acontece, há uma mulher vivenciando o puerpério. Talvez o período mais desafiador da vida de uma pessoa, com as taxas de hormônios se alterando a todo tempo. Se ela teve um parto cesárea, precisa se recuperar de uma cirurgia delicada; se foi parto normal, há também uma recuperação. É necessário cuidar de sua alimentação, além de ser privada de sono em razão das mamadas. Há, ainda, a amamentação que pode ocorrer bem, mas pode apresentar dificuldades. E, então, pergunta-se: onde e como essa mulher pode encontrar um espaço para desabafar, ser ouvida, acolhida e ter um tempo para si?

Pensando nisso e ouvindo atentamente o pedido das gestantes no dia da entrega dos enxovais, esta pesquisa se desdobrou em uma segunda fase, dessa vez com atendimento psicológico em grupo, proporcionando escuta e acolhimento às mães no puerpério e pós-parto.

É proposto como produto técnico, como repercussão dessa investigação, mas é preciso ressaltar que o referido projeto proposto já teve início em agosto de 2023, nas dependências do Fundo Social de Solidariedade de São Vicente/SP (FSS/SV).

As gestantes que passaram pelo acompanhamento psicológico na gravidez são contatadas e convidadas a participar do grupo, tão logo o bebê nasça. O grupo é conduzido pela pesquisadora e equipe de Psicologia do FSS/SV, Alessandra Almeida e Luciana Ignacio e pelo psicólogo integrante do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), Nathan Medeiro.

A segunda fase do programa “Acolhe Mãe” é composta de cinco encontros semanais com duração de uma hora e meia, no formato de roda de conversa, com uma abordagem dialógica, ou seja, uma troca de ideias. Propõem-se temas a serem conversados em cada encontro e pontua-se que elas falarão mais do que quem estiver coordenando o grupo, pois o espaço é de fala e escuta das mães. Os temas foram pensados e pré-definidos, porque são entendidos como importantes norteadores no período de pós-parto. Isso não impede que elas tragam questões que não estão nas temáticas propostas.

O acompanhamento é feito em grupo, visto que a coletividade é um espaço potente, de troca, de conexão com outras mulheres que estão vivenciando questões

semelhantes e acredita-se que, por meio dessa troca, as mães possam adquirir conhecimento, fortalecimento e apoio na nova etapa.

Os objetivos são promover troca de informações entre as mães e os técnicos do grupo, proporcionar uma rede de apoio, possibilitar o fortalecimento da maternidade, com a realização da psicoeducação com as mães referente aos temas propostos, com o objetivo de fortalecer o vínculo entre mãe e bebê. A hipótese é que o grupo proporcionará troca de experiência entre as mães e converte-se em um espaço de escuta e acolhimento para as mulheres que vivenciam o puerpério.

Sendo assim, descrevem-se brevemente os temas e as dinâmicas propostas nos atendimentos em grupo a seguir.

No primeiro encontro, busca-se explicar o contexto do atendimento, criando um espaço de escuta e acolhimento com cadeiras em círculo. O primeiro momento é para que os atores – profissionais e pacientes – se conectem, conheçam as histórias das mães, compreendam como foi o parto e como estão os bebês e as mães.

No segundo encontro, propõe-se o tema: Psiquismo materno pós-parto – o que é o *baby blues*? Nessa ocasião, aborda-se sobre o *baby blues*, com o objetivo de sondar sobre o conhecimento prévio das mães a respeito da temática, além de expor os sentimentos possíveis no momento da vivência do quadro. Aqui, procura-se esclarecer o que é esperado nessa fase e o que pode ser tornar patológico. O objetivo nesse encontro é buscar aliviar a angústia das mães, pois se entende que todas as mães passam pelo *baby blues*, mas muitas não entendem o que sentem e culpam a si mesmas pelos sentimentos e pensamentos emergidos dessa fase.

“Vínculo mãe-bebê – construindo uma relação” é o tema do terceiro encontro. Pensando na relação, parte-se do pressuposto de que não existe nem mãe e nem filho antes do parto. Pretende-se compreender como está sendo a construção dessa relação, como tem sido a formação desse vínculo, busca-se acolher as boas histórias de vínculos construídos de forma satisfatória, assim como as histórias de dificuldade em estabelecê-los, desmistificando a crença cultural de que o bebê saiu da barriga e, instantaneamente, a mãe já tem que amá-lo.

O quarto encontro, intitulado “Relações familiares”, consiste no planejamento de escuta e compreensão das mães sobre as relações familiares, como está o contexto de cuidado com o bebê, a relação com o companheiro e com as pessoas que estão mais próximas no momento, com a abordagem sobre temas comuns ao

período, como os palpites alheios e, como isso interfere em suas vidas e como lidam com a nova configuração.

O quinto e último encontro tem tema livre com o intuito de proporcionar um momento de avaliação dos efeitos dos encontros anteriores, deixando um espaço para que as mães tragam algo que não foi abordado ainda, como dúvidas, conselhos e sugestões. Nesse encontro, também se faz um fechamento, trazendo retornos e considerações da equipe técnica às mães, como orientações.

Esse projeto iniciou-se em agosto de 2023, como um projeto piloto, e foi ofertado a todas as recentes mães do município e, principalmente, às mães que passaram pelo programa “Acolhe Mãe”. Pretende-se fortalecê-lo para que, além de acolher as gestantes, possa acolher também as mães, como uma continuação do programa, garantindo um atendimento integral e contínuo.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Acolher, ouvir, compreender, perguntar, orientar, direcionar. A ideia de pesquisa surgiu, basicamente, em meio a esses seis verbos de ação. Acolher a futura mãe, ouvi-la, compreendê-la, perguntar como ela está e o que a está incomodando, orientá-la e direcioná-la em temas acerca da maternidade.

Esta pesquisa corresponde a uma amostra realizada em 2022 e 2023 no Programa “Acolhe Mãe” que, desde seu lançamento em 2021, já acolheu mais de trezentas gestantes em São Vicente.

A proposta de se fazer uma pesquisa científica com um programa que já estava em funcionamento surgiu com o intuito de comprovar os efeitos da intervenção psicológica na gravidez, na especificidade do serviço público de saúde, particularmente na atenção básica, onde acontece a maioria das ações em prevenção na saúde pública. E, principalmente, por não ser habitual o atendimento psicológico individual dentro de uma UBS, especialmente com grávidas.

Reconhece-se que o intuito não foi promover algo novo ou uma grande inovação, embora esta pesquisa tenha características de inovação em psicologia na saúde pública, mas fortalecer os estudos no campo da psicologia perinatal e

consolidar o trabalho em São Vicente, para que se torne uma política de Estado, e não apenas de Governo.

Esta investigação iniciou-se com o seguinte problema: quais são os efeitos da intervenção psicológica na gravidez no serviço público de saúde no município de São Vicente? Os resultados apontaram que as gestantes que participaram dessa investigação relataram sinais de melhora em sua convivência familiar, em relação à autoconfiança e, com as reflexões que foram possibilitadas por meio dos atendimentos, puderam elaborar os sentimentos e anseios típicos da fase, além de se prepararem ainda mais para a maternidade. Além disso, a narrativa das mulheres atendidas captada no dia da entrega dos enxovais de bebê, ainda que não estivesse prevista nessa metodologia, pode comprovar o impacto do acompanhamento psicológico na vida das pacientes atendidas. Pode-se dizer que os efeitos foram imensamente positivos.

Por meio dos resultados obtidos, é válido afirmar que o objetivo da pesquisa foi alcançado, pois foi possível ter acesso a relatos valiosos das pacientes que foram atendidas pelo programa, contando, ainda que brevemente, como foram suas experiências com os atendimentos psicológicos. A Escala de Apego Materno-Fetal também evidencia essa confirmação por meio dos números, afinal, todas as gestantes tiveram diferença para maior, do primeiro para o quinto atendimento, demonstrando mais apego ao feto, ou seja, mais implicação em sua gestação, o que comprova a hipótese inicial.

Os termos confiança e bem-estar, colocados nos objetivos, são subjetivos e difíceis de serem mensurados. No entanto, é necessário pontuar que, por meio dos relatos, as gestantes disseram se sentir mais seguras e confiantes para o momento do parto e, em especial, para a maternidade, o que mostra que esses objetivos foram alcançados.

O método aplicado nessa pesquisa foi suficiente para apresentar os dados e, conseqüentemente, possibilitou a análise minuciosa dos materiais coletados. O questionário criado para a pesquisa contou com perguntas abertas e objetivas, divididas por temas, com o intuito de qualificar os dados obtidos e viabilizar o acesso à subjetividade das grávidas. Uma parte das pacientes teve dificuldade em responder às perguntas, foi econômica nas palavras, o que, de certa forma, dificultou a análise dos conteúdos, pela limitação de material das respostas para serem analisadas. No entanto, outra parte das gestantes conseguiu expressar de

forma satisfatória como se sentia, o que havia mudado do início do tratamento para o final, trouxe conteúdos para além dos temas que foram propostos, contribuindo para a interpretação dos dados e alcance dos objetivos.

A Escala de Apego Materno-Fetal foi escolhida com o objetivo de dimensionar em números a representação da intervenção psicológica para as gestantes atendidas. A planilha de resultados foi construída por ordem de apego, sendo que a gestante que mais teve apego ao feto foi a gestante 1, e a que menos teve apego foi a gestante 20. Ainda assim, todas as gestantes tiveram resultados positivos na comparação entre duas aplicações. O resultado mais surpreendente foi o da paciente 1, saindo da pontuação de 40, no primeiro atendimento, caracterizada por baixo apego segundo o escore do teste, para 79, no último atendimento, cuja diferença corresponde a 39 pontos, passando a médio apego. O resultado foi extremamente positivo, confirmando os relatos das pacientes e, principalmente, o que a pesquisadora e a equipe que participou das aplicações já notavam em seus atendimentos e supervisões: a intervenção psicológica tem inúmeros benefícios para as gestantes.

No método inicial não estava previsto, mas na interpretação dos dados optou-se por incluir três narrativas livres de pacientes que passaram pelo Programa, com o intuito de consolidar a repercussão da intervenção psicológica na vida das pacientes atendidas e alicerçar os efeitos benéficos e profícuos.

Encerra-se este trabalho com a boa notícia que foi divulgada pelo Ministério da Saúde, em novembro de 2023, com o sancionamento da lei de assistência psicológica durante a gestação e no puerpério na rede privada e, em especial, no SUS. Vale lembrar que a lei entrará em vigor em 180 dias após a publicação da sanção. Essa informação é relevante e valiosa para os profissionais de psicologia, de saúde e, principalmente, às futuras mães. O trabalho que aqui foi descrito mostrou, por diversos campos de visão, que o acompanhamento psicológico na gestação repercute em inúmeros benefícios à mãe e à família da gestante que recebe o atendimento, sendo de grande importância agora em território nacional como uma lei, e não apenas no município de São Vicente.

Esse estudo buscou descrever como ocorre o Programa “Acolhe Mãe” em São Vicente, com uma amostra de vinte gestantes, cujos resultados já foram apresentados. Propõe-se, como repercussão do trabalho, assistência psicológica em grupo também no puerpério, como descrito no item 6 — Produto Técnico, por



compreender que, além de todos os sentimentos e emoções que se emergem na gestação, no puerpério há uma nova rotina com a amamentação, assim como cuidados com o bebê, os quais envolvem criar e manter um vínculo emocional com a criança, além de uma nova organização e composição familiar. Entre os citados e tantos outros aspectos sensíveis, é de extrema relevância que haja um acolhimento psíquico e emocional para a mãe, proporcionando, inclusive, uma rede de apoio auxiliar, a qual promova atenção, escuta e acolhimento com o intuito de contribuir com o fortalecimento emocional neste momento tão delicado da vida da mulher.

E, assim, finda-se esta investigação com seus objetivos iniciais alcançados, mas não esgota o assunto, pelo contrário. Sugere-se, inclusive, que mais estudos com o tema da gestação, do puerpério e da maternidade sejam publicados a fim de acentuar a importância do trabalho psicológico com gestantes e puérperas, contribuindo, inclusive, para que mais determinações por parte dos Governos Federais e Estaduais possam assegurar esse direito às mulheres.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, Nayara Bueno de. MANDÚ, Edir Nei Teixeira. **Construção Social de Sentidos sobre a Gravidez - maternidade entre adolescentes**. Universidade Federal do Mato Grosso – UFMT 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/ij/tce/a/SpDHD9MP4ByYgxGz4J3wDpQ/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 27/07/2022.

ARRAIS, Alessandra da Rocha. AMORIM, Bianca. ROCHA, Luciana. **Pré-natal psicológico na prática: da origem ao modelo Arrais**. In: BENINCASA, Miria. ROMAGNOLO, Adriana Navarro e HELENO, Maria Geralda Viana. **Maternidade – Parentalidade e conjugalidade** Ed. CRV. Curitiba/Pr. 2020. p.53-78.

BARBOZA, Carlos Augusto Galvão. MOTA, Maria Teresa da Silva. **Reprodução humana**. 2ª ed. Natal: EDUFRN, 2010.

BASSO, J. F., MONTICELLI, M. **Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Mai-Jun 2010.

BEE, Helen; BOYD, Denise. **A criança em desenvolvimento**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BENINCASA, Miria. ROMAGNOLO, Adriana Navarro e HELENO, Maria Geralda Viana. **Maternidade – Parentalidade e conjugalidade** Ed. CRV. Curitiba/Pr. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gravidez**. 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/gravidez-1#:~:text=A%20gravidez%20%C3%A9%20um%20evento,e%20para%20toda%20a%20fam%C3%ADlia.>> Acesso em: 08/05/2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Importância do Pré-Natal**. Biblioteca Virtual em Saúde. Jan/ 2016. Disponível em: < <https://bvsmms.saude.gov.br/importancia-do-pre-natal/> > Acesso em: 30/07/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde – Secretaria executiva. **Programa Humanização do Parto. Humanização no Pré-Natal e nascimento**. Brasília/DF. 2002. Disponível em: < <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf> > Acesso em: 26/07/2022.

CRANLEY, M. S. Development of a Tool for the Measurement of Maternal Attachment During Pregnancy. *Nursing Research*, 30, 281-284. 1981.

COUTINHO, Maria Tereza da Cunha. **Psicologia da criança da fase pré-natal aos 12 anos**. 2ªEd. Editora Interlivros. Minas Gerais. 1978.

DESSEN, Maria Auxiliadora; BRAZ, Marcela Pereira. **Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos**. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Set-Dez, 2000. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/ptp/a/tKVjzy8dRNBxcLMT637PcHJ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 09/05/2023.

DOLTO, Françoise. **Sexualidade Feminina**. Ed. Martins Fontes. São Paulo. 1996.

Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbgo/a/7FJvQCQpnCdJF7hXkVpL6jd/?lang=pt>> Acesso em: 24/07/2022.

FEIJÓ, Maria Cristina C. **Validação Brasileira da Maternal – Fetal Attachment Scale**. Rio de Janeiro: Arquivos Brasileiros de Psicologia, 51, 52-62. 1999.

FELICE, Eliana Marcello de. Transformação e “cura” através da experiência de ser mãe. *Psychê*, Ano XI nº 21. São Paulo – jul/dez/2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psyche/v11n21/v11n21a10.pdf>>. Acesso em: 09/05/2023.

FEREY, Marie-Pierre. PELEGRIO, Anna. **Brasil é o segundo país com maior taxa de cesáreas do mundo**. Jornal Folha de São Paulo. 18 Out/ 2018. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2018/10/brasil-e-o-segundo-pais-com-maior-taxa-de-cesareas-do-mundo.shtml>> Acesso em: 22/07/2022.

FREUD, Sigmund. **Angústia e Instintos**, in: O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à Psicanálise e outros textos. (1930-1936). Obras completas. Vol XVIII. Tradução Paulo César de Souza. Companhia das Letras. 2010.

\_\_\_\_\_. **A realização de desejo**, in: A Interpretação dos Sonhos (1900). Obras completas. Vol. IV. Tradução Paulo César de Souza. Companhia das Letras. 2010.

\_\_\_\_\_. **A organização genital infantil**, in: O Eu e o Id. "Autobiografia" e outros textos. (1923- 1925). São Paulo: Companhia das Letras. Vol XVI. Tradução Paulo César de Souza. Companhia das Letras. 2011.

\_\_\_\_\_. **A técnica psicanalítica**, in: Moisés e Monoteísmo, Compêndio de Psicanálise e outros textos (1937-1939). Vol. XIX. Tradução Paulo César de Souza São Paulo: Companhia das Letras. 2010.

\_\_\_\_\_. **O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias e outros textos**. (1930-1936). Vol. VXIII. Tradução Paulo César de Souza São Paulo: Companhia das Letras. 2010.

\_\_\_\_\_. **Projeto para uma Psicologia Científica**, in: Publicações Pré-Psicanalíticas e Esboços Inéditos (1886-1899). Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. **Sobre a sexualidade feminina**, in: O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à Psicanálise e outros textos. (1930-1936). Obras completas. Vol XVIII. Tradução Paulo César de Souza. Companhia das Letras. 2010.

\_\_\_\_\_. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, de uma histeria ("O caso Dora") e outros textos**. (1901-1905). Obras completas. Vol VI. Tradução Paulo César de Souza. Companhia das Letras. 2016.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Introdução à Metapsicologia Freudiana**. Volume 2: A Interpretação do Sonho. 8ªEd. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projeto de pesquisa. 4ªEd. São Paulo: Editora Atlas, 2002. Disponível em: [https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo\\_C1\\_como\\_elaborar\\_projeto\\_de\\_pesquisa\\_-\\_antonio\\_carlos\\_gil.pdf](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C1_como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf) Acesso em: 25/05/2022.

GRAVIDEZ.sf: MICHAELIS, Dicionário Português .2022. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=gravidez> Acesso em: 17/05/2023.

HALVORSEN, T. **On innovation in the public sector**. In: HALVORSEN, T.; HAUKNES, J.; MILES, I. ROSTE, R. On the differences between public and private sector innovation. NIFU STEP: Oslo, 2005. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/309760722\\_Innovation\\_in\\_the\\_Public\\_Sector\\_On\\_the\\_differences\\_between\\_public\\_and\\_private\\_sector\\_innovation](https://www.researchgate.net/publication/309760722_Innovation_in_the_Public_Sector_On_the_differences_between_public_and_private_sector_innovation) Acesso em: 26/06/2023.

JUSTO, João Manuel Rosado de Miranda. **O ciclo reprodutivo da espécie humana e a psicologia: a gravidez de risco, o internamento hospitalar e o prognóstico da díade mãe-bebê**, in: BENINCASA, Miria. ROMAGNOLO, Adriana Navarro e

HELENO, Maria Geralda Viana. **Maternidade – Parentalidade e conjugalidade** Ed. CRV. Curitiba/Pr. 2020. p. 41-78.

KLEIN, Melanie. **Uma contribuição à psicogênese dos estados maníacos-depressivos** (1935), in: Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos (1921-1945). Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996.

KLEIN, Melanie. **Amor, culpa e reparação** (1937), in: Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos. (1921-1945) Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996.

KLEIN, Melanie. **Notas sobre alguns mecanismos esquizoides** (1946), in: Inveja e Gratidão e outros trabalhos (1946-1963). Rio de Janeiro: Imago Ed., 1991.

KLIEMANN, Amanda. BÖING, Elisangela. CREPALDI Maria Aparecida. **Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos**. Universidade Federal de Santa Catarina. 2017. Disponível em: <<https://www.psicologiadasaude2021.com.br/arquivos/5e78bb5252440.pdf>> Acesso em: 01/01/2023.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean Bertrand. Vocabulário da psicanálise. 4ª ed. – São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LEAL, Isabel. FIGUEIREDO, Inês. **Vinculação pré-natal em gravidezes normativas e de risco**. In: BENINCASA, Miria. ROMAGNOLO, Adriana Navarro e HELENO, Maria Geralda Viana. **Maternidade – Parentalidade e conjugalidade** Ed. CRV. Curitiba/Pr. 2020. p. 18- 39.

MEDEIROS, Sebastião Freitas de. NORMAN, Robert John. **Formas moleculares da gonadotrofina coriônica humana: características, ensaios e uso clínico**.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 3ª ed - São Paulo: Atlas, 2020.

MORENO, Jose Eduardo. GRIFFA, Maria Cristina. **Chaves para a psicologia do desenvolvimento – vida pré-natal, etapas da infância**. Ed. Paulinas. 1ªed. 2001.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da Gravidez**. 5ª reimpressão. Ed: Ideias e Letras, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017). Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html)> Acesso em: 09/11/2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série Pactos pela Saúde. Volume 4. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)> Acesso em: 09/11/2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008. **Portaria nº 154**, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Disponível em:

<[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)>. Acesso em: 09/11/2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020. Lei nº 8080: **30 anos de criação do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/lei-n-8080-30-anos-de-criacao-do-sistema-unico-de-saude-sus/>> Acesso em: 09/11/2023.

MAUSS, Marcel. Sociologia e Antropologia. São Paulo: Cosac Naify, 2003.

NASIO, Juan David. **Édipo – o complexo que nenhuma criança escapa**. Tradução: André Tellas, Rio de Janeiro: Zahar. 2007.

NOBRE, Thalita Lacerda. **Coco Chanel – A força de vida como positividade na histeria feminina**. Zagodoni Editora Ltda. São Paulo. 2016.

ORIGEM DAS PALAVRAS. 2022. Disponível em: <<https://origemdapalavra.com.br/palavras/gravidez/>> Acesso em: 11/05/2022.

PAIM, Heloísa Helena Salvatti. **Doença, sofrimento, perturbação: Perspectivas etnográficas**. (Marcas no Corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. Cap.1) Organizadores: Luiz Fernando Dias Duarte e Ondina Fachel Leal. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz. 1998 Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/yw42p/pdf/duarte9788575412572.pdf#page=30>> Acesso em: 25/07/2022.

PEREIRA, Raquel da Rocha. FRANCO, Selma Cristina. BALDIN, Nelma. **Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres**. Universidade da Região de Joinville, Univille. 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/KHwhLKKC3BwvPDsn7RhDTqf/?format=html&lang=pt>> Acesso em: 23/07/2022.

RAHIM, Mohamad Ali Abdul. **Psicanálise e Prevenção: Diálogos Possíveis**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

RAPHAEL-LEFF, Joan. **Gravidez: A História interior**. 1ª ed. Ed. Edgard Blücher Ltda. São Paulo. 2018. Disponível em: <[https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=SxdDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA9&dq=gravidez+e+sociedade&ots=rLa9s4pr0N&sig=suNT27TI71w0FCNBngyUMD\\_WEA#v=onepage&q=gravidez%20e%20sociedade&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=SxdDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA9&dq=gravidez+e+sociedade&ots=rLa9s4pr0N&sig=suNT27TI71w0FCNBngyUMD_WEA#v=onepage&q=gravidez%20e%20sociedade&f=false)> Acesso em: 25/07/2022.

REZENDE, Claudia Barcellos. **Um estado Emotivo: Representação da grávida na mídia**. Departamento de Ciências Sociais da -UERJ. Rio de Janeiro. 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cpa/a/DxYhh5zTMsRVn5ZLZydVJgx/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 25/07/2022.

RUSCHEL, P. P.; ZIELINSKY, P. **Apego materno-fetal e diagnóstico pré-natal de cardiopatia**. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Fundação Universitária de Cardiologia/ Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul, 2011, 102p. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/381935806/Apego-Materno-Fetal-Tese>>. Acesso em: 07/11/2023.

SANTOS-NETO *et al.* **Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil**. Saúde Soc. São Paulo. 2008.

SAÚDE, Organização Mundial da. **170ª Sessão do Comitê Executivo**. Washington, D.C. EUA (sessão híbrida). 2022. Disponível em: <[https://www.paho.org/sites/default/files/ce170-15-p-politica-saude-mental\\_0.pdf](https://www.paho.org/sites/default/files/ce170-15-p-politica-saude-mental_0.pdf)>. Acesso em: 21/11/2023.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. Editora: Cengage Learning. São Paulo. 2014. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/250054248\\_Politicas\\_de\\_saude\\_materna\\_no\\_Brasil\\_os\\_nexos\\_com\\_indicadores\\_de\\_saude\\_materno-infantil](https://www.researchgate.net/publication/250054248_Politicas_de_saude_materna_no_Brasil_os_nexos_com_indicadores_de_saude_materno-infantil)>. Acesso em: 08/05/2023.

SÉDAT, Jacques. **Compreender Freud**. Editora: Loyola. São Paulo. 2007.

SILVA, Janiny Lima e; FERREIRA, Elizângela da Fonseca; MEDEIROS, Marcielle; ARAÚJO, Maristela Lopes; SILVA Ana Gabriela Câmara Batista da; VIANA, Elizabel de Souza Ramalho. **Avaliação da adaptação psicossocial na gravidez em gestantes brasileiras**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN - Natal /RN. 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbgo/a/bFg9SyjqL8kZM3qxjCLxtSJ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 20/07/2022.

SILVA, Laura Johanson da. SILVA, Leila Rangel da. **Mudanças na vida e no corpo: Vivências diante da gravidez na perspectiva afetiva dos pais**. Escola Anna Nery-Revista de Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO,RJ. Abril e Junho. 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/ybJvq7kKdmWdgjxLJRJzKsr/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 22/05/2022.

SOIFER, Raquel. **Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério**. Ed. Artes Médicas. 1984.

SOUZA, Celina. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura**. Centro de Recursos Humanos (CRH) da Universidade Federal da Bahia. 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWyBWZSdFgfSqDVQhc4jm/?format=pdf>> Acesso em: 29/04/2023.

TOSTES, Natalia Almeida. SEIDL, Eliane Maria Fleury. **Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto**. Temas psicol. vol.24 no.2 Ribeirão Preto junho. 2016. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2016000200015](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000200015)> Acesso em: 22/05/2022.

VASCONCELOS, Léa Dias Pimentel Gomes. **Representações Sociais das Mulheres Grávidas sobre o cuidado Pré-Natal**. Universidade Estadual do Ceará. 2009. Disponível em: < [http://www.uece.br/ppccclis/wp-content/uploads/sites/55/2019/12/lea\\_dias\\_pimentel\\_vasconcelos.pdf](http://www.uece.br/ppccclis/wp-content/uploads/sites/55/2019/12/lea_dias_pimentel_vasconcelos.pdf) > Acesso em: 27/07/2022.

VIOLANTE, Maria Lucia V. **Ensaio em torno da Psicosexualidade**. São Paulo: Via Lettera, 2004.

WINNICOTT, Donald, W. **A criança e seu mundo**. 6ªed. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: LTC editora, 1982.

ZANATTA, Edinara. PEREIRA, Caroline Rubin Rossato. ALVES, Amanda Pansard. **A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe**. Laboratório de Investigação e Intervenção Psicossocial. Universidade Federal de São João del-Rei. 2017 Disponível em: < [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082017000300005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000300005) > Acesso em: 27/07/2022.

## ANEXOS

### ANEXO I – Ficha de Cadastro

#### PROGRAMA ACOLHE MÃE ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO NA GESTAÇÃO

FICHA DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO
----------------------------------

Matrícula: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Grau de Instrução: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

CRAS de Referência: \_\_\_\_\_ CadÚnico: \_\_\_\_\_

Tempo de Gestação: \_\_\_\_\_ Sexo do Bebê: \_\_\_\_\_

Data Provável do Parto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° de filhos: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ É ou já foi fumante: ( ) Sim ( ) Não

Doenças pré-existentes: \_\_\_\_\_

Total de Atendimentos Realizados: \_\_\_\_\_

---

Estagiário/Profissional Responsável



**ANEXO II – Questionário Semiestruturado**

**Programa Acolhe Mãe**

**Questionário**

Nome:

Idade:

Tempo gestacional:

Tem filhos? Quantos? Qual a idade?

Sobre você – como você se sente hoje?

---

---

---

Sobre a maternidade – o que é ser mãe para você?

---

---

---

Rede de apoio – você tem uma rede de apoio? Quem te ajudará nos cuidados com o bebê?

---

---

---

Sobre a feminilidade – como você se vê como mulher na gestação?

---

---

---

Observações

---

---

---

## ANEXO III – Escala de Apego Materno-Fetal

### ESCALA DE APEGO MATERNO-FETAL

Por favor, responda às perguntas seguintes sobre você e o bebê que você está esperando. Não existem respostas certas ou erradas. Sua primeira impressão é que melhor mostra seus sentimentos. Marque apenas uma resposta por pergunta.

Eu penso ou faço o seguinte	Quase sempre	Frequente mente	Às vezes	Raramente	Nunca
1. Eu converso com o meu bebê na barriga					
2. Eu acho que apesar de toda dificuldade, a gravidez vale a pena					
3. Eu gosto de ver minha barriga se mexer quando o bebê chuta					
4. Eu me imagino alimentando o bebê					
5. Eu realmente estou ansiosa para ver como vai ser o meu bebê					
6. Eu me pergunto se o bebê se sente apertado lá dentro					
7. Eu chamo o meu bebê por um apelido					
8. Eu me imagino cuidando do bebê					
9. Eu quase posso adivinhar qual vai ser a personalidade do meu bebê pelo modo como ele se mexe					
10. Eu já decidi que nome eu vou dar se for uma menina					
11. Eu faço coisas para manter a saúde que eu não faria se não estivesse grávida					
12. Eu imagino se o bebê pode ouvir, dentro de mim					
13. Eu já decidi que nome eu vou dar se for um menino					
14. Eu imagino se o bebê pensa e sente “coisas” dentro de mim					
15. Eu procuro comer o melhor que eu posso para o meu bebê ter uma boa dieta					
16. Parece que o meu bebê chuta e se mexe para me dizer que é hora de comer					
17. Eu cutuco meu bebê para que ele me cutuque de volta					
18. Eu mal posso esperar para segurar o bebê					
19. Eu tento imaginar como o bebê vai se parecer					
20. Eu acaricio minha barriga para acalmar o bebê quando ele chuta muito					
21. Eu posso dizer quando o bebê tem soluço					
22. Eu sinto que meu corpo está feio					
23. Eu deixo de fazer certas coisas, para o bem do meu bebê					
24. Eu tento pegar o pé do meu bebê para brincar com ele					

Nome: \_\_\_\_\_

Nº Matrícula Prontuário: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Mês de Gestação: \_\_\_\_\_

Quantos filhos: \_\_\_\_\_

Nível de Instrução: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

**ANEXO IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(Resolução CNS 510/16)**

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada: **Pré-Natal Psicológico – os efeitos da intervenção psicológica na gravidez no Serviço Público de Saúde no Município de São Vicente/SP**, realizada pela pesquisadora responsável Thaynã Mayara Carneiro Silva e pela assistente Dra. Thalita Lacerda Nobre.

O convite está sendo feito a você porque você é mulher, gestante, está referenciada no Serviço Público de Saúde no município de São Vicente/SP, e é maior de 18 anos. Sua contribuição é valiosa para nossa pesquisa, porém é importante que seja espontânea. A seguir serão explicados os itens que compõem o referido estudo. Também é importante salientar que em qualquer etapa da pesquisa, você poderá solicitar os esclarecimentos sobre a pesquisa, o que achar necessário, assim como se recusar ou desistir da participação. Para isso, disponibilizamos os contatos dos pesquisadores que são os seguintes: 1. Pesquisadora responsável Mestranda Thaynã Mayara Carneiro Silva (tel. 13 981409355, email: thayna\_mayara@hotmail.com) e 2. Assistente da pesquisa profa. Dra. Thalita Lacerda Nobre (13 997116399, email: thalita.nobre@unisantos.br).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Católica de Santos, órgão responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, com o objetivo de garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Por isso, caso você tenha dúvidas, perguntas, reclamações sobre o estudo ou queira obter qualquer outra informação sobre seus direitos como participante desta pesquisa, convidamos a entrar em contato com o CEP cujo endereço é Av. Conselheiro Nébias, 300, Vila Mathias-Santos/SP. Prédio administrativo, sala 202, telefone (13) 3205-5555, ramal 1254. O horário de funcionamento é de terça a quinta-feira, das 12:00 às 18:00hs ou pelo e-mail comet@unisantos.br

Lembramos que todas as informações coletadas neste estudo serão confidenciais, seus dados pessoais (nome, idade, respostas à entrevista e resultados obtidos) ou qualquer outro dado que possa o identificar, não serão

divulgados em momento algum. Somente o pesquisador e a assistente terão conhecimento dos resultados.

Uma vez apresentada e tendo esclarecido sobre as informações da pesquisa, o aceite se dará por meio da assinatura ao final desse termo. Você obterá uma cópia desse documento. A seguir, serão apresentadas as principais informações sobre a pesquisa:

**Objetivos da pesquisa:** Verificar se o acompanhamento psicológico oferecido pelo serviço público de saúde em São Vicente/SP tem eficácia na prevenção de saúde mental e se promove mais segurança, bem-estar e confiança para a mulher em seu período gestacional.

**Justificativa:** O programa possui importância fundamental ao disponibilizar atendimento psicológico às gestantes, uma vez que busca observar os aspectos psicológicos da gestação, verificando como a mulher está lidando com a gravidez, sua evolução e mudanças fisiológicas, auxiliando no processo de preparação para o parto e posterior período de aleitamento materno, fundamental para uma maior proteção e promoção da saúde das mães e de seus bebês.

**Procedimentos metodológicos:** Será aplicada uma entrevista estruturada e o questionário de “Apego Materno Fetal” no início do primeiro atendimento e aplicação da mesma entrevista e do mesmo questionário ao final do último atendimento com as gestantes participantes do programa, com o intuito de verificar se as gestantes tiveram melhora em sua saúde mental, bem-estar e se há mais segurança em relação à gestação, ao bebê e em ser mãe, comparados ao início do tratamento.

**Benefícios em participar da pesquisa:** Ofertar orientação e acompanhamento psicológico para gestantes, assim como, oferecer um espaço de escuta e acolhimento para que a futura mãe se sinta parte do processo de gerar um novo ser.

**Riscos em participar da pesquisa:** Os riscos são mínimos, entretanto, em caso de algum desconforto emocional durante a aplicação da entrevista, a participante poderá optar por interromper sua participação sem qualquer ônus ou contrapartida. Além disso, ambas pesquisadoras proponentes do projeto são psicólogas, sendo a principal, atuante diretamente no serviço público de saúde do Município, portanto, diante da necessidade de encaminhamento (por conta de algum desconforto emocional), a participante seguirá obtendo atendimento psicológico gratuito pelo município.

**Privacidade:** Os pesquisadores se comprometem a analisar os dados de modo sigiloso, sem uso de qualquer imagem ou informação que possa identificar os pesquisados.

**Acesso a resultados parciais ou finais da pesquisa:** Os participantes poderão ter acesso aos resultados da pesquisa ao entrar em contato com os pesquisadores.

**Custos envolvidos pela participação da pesquisa:** Não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar pelos participantes, ocorrendo de forma voluntária.

**EU, \_\_\_\_\_,**  
**ESTOU DE ACORDO COM A MINHA PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA NESTA PESQUISA. POR MEIO DESTE TERMO, FUI INFORMADO(A) SOBRE OS OBJETIVOS, OS PROCEDIMENTOS REALIZADOS, OS RISCOS, OS BENEFÍCIOS E OS DIREITOS QUE ME AUXILIAM, BEM COMO SOBRE O FATO QUE POSSO DESISTIR A QUALQUER MOMENTO QUE DESEJAR.**

Participante: \_\_\_\_\_

Pesquisador: \_\_\_\_\_

Santos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

## **ANEXO V – Roteiro de atendimento psicológico**

### **Roteiro para atendimento psicológico - Estágio no Programa Acolhe Mãe**

#### **1- Guia para 1º Encontro: Dados pessoais / Composição familiar/parentalidade**

Explicar o contexto do atendimento. Sessões orientativas com espaço para escuta e acolhimento. 5 encontros com 50 minutos de duração (começo, meio e fim).

O intuito deste primeiro encontro é fazer uma anamnese, conhecer a paciente, suas características, se apresentar, apresentar o programa e tentar formar um vínculo de confiança terapêutica. Além disso, é importantíssimo ressaltar que há um sigilo ético e explicar o que é um atendimento psicológico, tendo em vista que, este pode ser o primeiro contato dela com um psicólogo e um ambiente psicológico.

Dados pessoais:

Nome completo, CNS, idade, UBS/ESF de referência.

Investigar sobre o contexto familiar e a parentalidade.

Perguntas norteadoras:

- Qual a sua composição familiar?
- Nº de familiares que moram com você:
- Se possui cônjuge:
- Idade do cônjuge
- Como se conheceram
- Como é a relação com o cônjuge?
- Se possui filhos:
- Idade dos filhos;
- Relação entre os filhos;
- Como é a sua relação com seu(s) filho(s)?
- Como é a relação do pai com os filhos?

#### **2- Guia para 2º encontro: expectativas em relação ao bebê**

**Objetivos norteadores:** Buscar entender quais sentimentos e expectativas a gestante nutre em relação ao bebê. Além de esperar o nascimento do seu bebê, o que mais ela espera? Como ela imagina que esse momento vai acontecer? Com quem o bebê deve se parecer física e emocionalmente? E quanto à saúde do bebê, há uma preocupação? O objetivo aqui é acolher, entender e, se possível, tranquilizar a gestante sobre suas ansiedades e medos em relação à gestação e ao bebê.

Abordar questões em relação à saúde da mulher, tendo em vista o médio/alto risco gestacional.

- A gravidez foi planejada?
- Quais suas expectativas em relação a esse período?
- Quais seus sentimentos em relação ao bebê?
- Já sabe o sexo do bebê? Se ainda não sabe, gostaria que fosse menino ou menina? Por quê?
- E quanto ao nome do bebê: já está definido? Por que escolheu este? Tem algum significado para você?
- Como você imagina que será seu bebê:
  - a) Fisicamente
  - b) Personalidade
  - c) Parecido com alguém? Ou gostaria que fosse? Por quê?
- Qual é a sua expectativa e sentimentos no que tange à relação mãe-bebê? Você acredita que estabelecer essa relação será fácil ou complexo? Como você imagina e gostaria que acontecesse?
- Você se preocupa quanto à saúde do seu bebê?

### **3- Guia para 3º encontro: maternidade, feminilidade e conjugalidade**

O objetivo aqui é buscar entender como a gestante se vê como mãe, mulher e esposa/companheira. Investigar o histórico de gestações anteriores na tentativa de compreender os medos e alguma ansiedade, se houver. Saber como está a vida conjugal, o relacionamento com o (a) parceiro (a) e como ela se enxerga como mulher na tentativa de mostrar que embora aqui abordamos os diversos assuntos que envolvem a gestação, estamos tratando dela como mulher também. Não se perder de vista é imprescindível neste processo.

Perguntas norteadoras:

- Histórico gestacional;
- Partos normais/ Partos Cesáreas;
- Abortos
- Como você pensa que vai ser quando ver seu filho (a)?
- O que é ser mãe para você?
- Como está sendo a sua vida conjugal com seu companheiro (a)? (Se possuir);
- A gestação tem alterado a sua relação?
- O que mudou em você após a gestação?
- Houve alguma alteração na sua vida sexual?
- Seu(sua) companheiro(a) irá ajudar nos cuidados com o bebê? Ou outra pessoa o fará?

Em caso de não haver parceiro (a), falar sobre a dinâmica familiar. Investigar se há uma rede de apoio. Quem ajudará nos cuidados com o bebê? Como está **esta** gestação? **Este** bebê?

#### **4- Guia para 4º encontro: parto e nascimento**

Como imagina os primeiros dias de vida.

- Já conversou com seu médico sobre o parto? O que foi abordado?
  - Tem preferência pela via de parto? Por quê?
  - Qual sua expectativa para o momento do parto? Como espera que aconteça?
  - Você se sente preparada e confiante para o parto? Quais sentimentos vêm quando você pensa no momento do parto?
  - Na sua opinião, o que te faria sentir mais confiante e preparada?
- Aprimoramento do serviço de pré-natal, família, marido etc.

Explicar um pouco sobre as três funções maternas, segundo Winnicott.

Em relação à função da mãe na adaptação às necessidades do seu bebê, Winnicott (1988/2006) assinala três tarefas principais: o *holding*, o *handling* e a apresentação de objetos.

A função do *holding*, comumente traduzida como *segurar* ou *sustentar*, representa, para o autor, o protótipo de todos os cuidados com o bebê: “No início



(...) é o ato físico de segurar a estrutura física do bebê que vai resultar em circunstâncias satisfatórias ou desfavoráveis em termos psicológicos” (p. 54). Diz respeito à segurança, o que é fundamental para que o bebê possa construir-se como pessoa, com recursos egóicos estruturados.

A função do *handling*, palavra traduzida como *manipulação*, ou *manejo*, corresponde ao cuidado corporal do bebê provido pelo cuidador principal, baseado em procedimentos como limpeza, alimentação, troca de fraldas, entre outros. De acordo com Tosta (2001, p. 30), “um manejo suficientemente bom é aquele que atende às necessidades físicas do bebê, mas tratando-o como pessoa inteira”. Assim como o segurar e o manipular, quando é feito satisfatoriamente, tende a facilitar os processos de maturação, ajudando a assentar as bases para um desenvolvimento emocional saudável.

Na *apresentação de objetos*, terceiro aspecto que caracteriza a função materna, pode-se falar sobre o conceito da transicionalidade. A mãe, por encontrar-se nessa posição privilegiada de cuidadora em relação à criança, é a figura que em geral tem com esta maior identificação. Por outro lado, mantém contato com o mundo social, com o meio mais amplo do qual fazem parte ela e o bebê. Assim, cabe a ela, ou a quem se preste cumprir sua função, fazer a transição entre essas duas realidades: apresentar o mundo à criança, gradualmente e de maneira assimilável, e a criança ao mundo, protegendo-a na medida de suas necessidades.

A mãe suficientemente boa, que cumpre satisfatoriamente as funções acima descritas, permite ao bebê que ele usufrua de uma continuidade de ser, ou seja, que se perceba como um ser completo, único e, sobretudo, real. De acordo com Winnicott (1988/1990), o ego materno auxilia a organização do ego do bebê. Ainda que bastante imaturo, esse bebê conta com uma integração inicial, que o permite sentir-se como ser humano. A estabilidade concreta e afetiva proporciona oportunidade para que ele se desenvolva.

## **5- Guia para 5º encontro: amamentação**

**Objetivos norteadores:** Trabalhar o vínculo mãe-bebê, explicar a importância dos primeiros dias e meses de vida do bebê e o quanto isso influencia em seu desenvolvimento. Expectativas quanto à amamentação ou alimentação

artificial. Tentativa de extrair o quanto a gestante sabe sobre o tema e o que ela espera desse momento importante da vida do bebê.

Falar sobre nascer uma mãe também, se ela se sente preparada, como se imagina nesse papel.

- Você já se informou sobre a amamentação? O que sabe sobre isso? Quais suas expectativas quanto à amamentação do bebê que está por vir? Se sente motivada para amamentar?
- História de vida e expectativas prévias das mães – você sabe como foi a sua amamentação? Pode me contar um pouco sobre isso?
- Iniciando a experiência de amamentar – logo após o parto. (No hospital haverá uma equipe multidisciplinar para orientação?)
- Como imagina os primeiros dias da amamentação em casa? O que te preocupa/o que te motiva?
- Você pensa em prolongar a experiência de amamentar?

## Referências

Tosta, R. M. (2001). **Psicossomática na infância**: Um estudo da criança com artrite reumatóide. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP.

Winnicott, D.W. (2006). **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1987).