

Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira Alves

**SIGNIFICADOS DA MATERNIDADE PARA MULHERES
INTERAGENTES EM UM GRUPO DE CASAIS GRÁVIDOS:
CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE DA MULHER À LUZ DO
INTERACIONISMO SIMBÓLICO**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Grupo de pesquisa: Laboratório de Pesquisa em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR).

Orientadora: Prof.^a. Dra. Roberta Costa.

Co-orientadora: Prof.^a. Dra. Margarete Maria de Lima

Florianópolis
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Alves, Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira
Significados da maternidade para mulheres
interagentes em um grupo de casais grávidos :
contribuições para a saúde da mulher à luz do
interacionismo simbólico / Isadora Ferrante Boscoli
de Oliveira Alves ; orientadora, Roberta Costa,
coorientadora, Margarete Maria de Lima , 2018.
163 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Maternidade. 3. Saúde da
Mulher. 4. Identidade de Gênero. 5. Interacionismo
Simbólico. I. Costa, Roberta. II. Maria de Lima ,
Margarete . III. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
IV. Título.

Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira Alves

**SIGNIFICADOS DA MATERNIDADE PARA MULHERES
INTERAGENTES EM UM GRUPO DE CASAIS GRÁVIDOS:
CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE DA MULHER À LUZ DO
INTERACIONISMO SIMBÓLICO**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 14 de dezembro de 2018, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.**

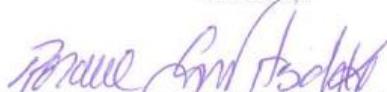


Dra. Jussara Gue Martini
Coordenadora do Programa

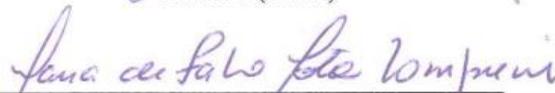
Banca Examinadora:



Dra. Roberta Costa
Presidente



Dra. Rosane Gonçalves Nitschke
Membro (titular)



Dra. Maria de Fátima Mota Zampieri
Membro (titular)

*Dedico este trabalho, a todas as mulheres
que amam. Sejam seus filhos, amantes,
ofícios, causas, artes ou a si mesmas...*

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao grande mistério da vida, por me conduzir até esta aventura. À mão que me guia no escuro tantas vezes, por me colocar de frente com meus limites e me fazer ir além, enfrentar meus medos e encontrar tesouros que eu nem sonhava possuir.

À minha mãe, amiga, companheira de jornada, Jéssica Ferrante Boscoli, por todo amor, paciência, cuidado, risadas, parceria e por todas as xicaras de chá, feitas durante este trabalho e no restante dos meus 26 anos de existência. Não há palavras no mundo que descrevam sua força, beleza e o que representa para mim... Obrigada por me inspirar a cada dia a ser leal a mim mesma, a falar a verdade de meu coração e a me amar com todas as estranhezas, rebeldias e “defeitos de fábrica”. Você me ensinou o valor da palavra “única” e me fez ver o poder criador quando opostos caminham juntos, se admiram e respeitam... Grata por ser minha mestra na arte do inigualável e por me permitir viver essa lição com você, todos os dias. *Love you so much!*

Às ancestrais da minha vida, matriarcas, filhas, esposas, avós que já se foram... Mulheres que cultivaram no sangue, a coragem de manter a cabeça erguida frente os desafios sem perderem a doçura de seus corações. Às revolucionárias espanholas briguentas e italianas desbocadas, deixo minha reverência pelo presente da voz que não se cala e que hoje, reverbera em mim.

Às minhas orientadoras maravilhosas, Roberta Costa e Margarete Lima, por aceitarem o desafio de norrear uma forasteira perdida, durante dois anos. A firmeza, sensibilidade e tranquilidade de vocês foram essenciais para a conclusão desse trabalho, além de verdadeiros presentes para mim. Obrigada por cada ensinamento, dentro e fora de sala de aula, e pelo incentivo quando não conseguia ir adiante. Sem ele, nada disso seria possível.

Às professoras, colaboradores e integrantes do PEN e GRUPESMUR, pelo compartilhamento e convivência durante esse período. Estar com vocês foi a melhor e mais gratificante surpresa que eu poderia desejar. Agradeço imensamente a inclusão, humanidade e singularidade de cada uma. O amor de vocês e o desejo legítimo de oferecer o melhor de si para as pessoas, me fizeram crescer enquanto ser humano e profissional. Grata por esse privilégio, me sinto muito honrada por ter feito parte dessa família!

À Universidade Federal de Santa Catarina pela oportunidade. Aos membros da banca, pelo aceite e contribuições que tornam esse trabalho

melhor em cada revisão e a todas as pessoas que contribuíram com a realização desse estudo, direta ou indiretamente.

Aos meus colegas de sala, agradeço por todo acolhimento, trocas, conversas e brincadeiras que deixaram tudo muito mais leves. Em especial, sou grata a minha parceira de trabalho, Graciela Medeiros, cujo incentivo, amizade e exemplo, foram cruciais para minha entrada no mestrado.

Às mulheres incríveis que marcaram a minha história, minha eterna gratidão a cada uma de vocês! Reservo um agradecimento especial a Kaira Cristiane, amiga de longa data e principal inspiração para escolha desse tema. Obrigada também à todas as participantes dessa pesquisa, pela confiança e disponibilidade. Esse trabalho é para vocês!

Por fim, mas não menos importante, agradeço a oportunidade do estudo fornecido pelo programa de aperfeiçoamento da CAPES, cujos recursos me permitiram debruçar sobre esses temas, a fim de produzir essa pesquisa; visando sempre a melhoria da saúde comunitária e a propagação de informações de ponta.

Sou muito grata a todos!

*“Triste louca ou má
Será qualificada
Ela quem recusar
Seguir receita tal*

*A receita cultural
Do marido, da família
Cuida, cuida da rotina*

*Só mesmo rejeita
Bem conhecida receita
Quem não sem dores
Aceita que tudo deve mudar*

*Que um homem não te define
Sua casa não te define
Sua carne não te define
Você é seu próprio lar*

*Que um homem não te define
Sua casa não te define
Sua carne não te define
Você é seu próprio lar*

*Ela desatinou
Desatou nós
Vai viver só*

*Eu não me vejo na palavra
Fêmea: Alvo de caça
Conformada vítima*

*Prefiro queimar o mapa
Traçar de novo a estrada
Ver cores nas cinzas
E a vida reinventar*

*E um homem não me define
Minha casa não me define
Minha carne não me define
Eu sou meu próprio lar”*

(El Hombre, 2016)

ALVES, Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira. **Significados da maternidade para mulheres interagentes em um grupo de casais grávidos**: contribuições para a saúde da mulher à luz do Interacionismo Simbólico. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018, 163p.

Orientador: Dra. Roberta Costa.

Co-orientador: Dra. Margarete Maria de Lima.

RESUMO

A maternidade é um momento de grande transformação na vida da mulher que exige uma série de ajustamentos fisiológicos, emocionais e comportamentais, que carregam em si diversos símbolos e significados sobre o que representa ser mãe dentro de cada contexto sociocultural. Deste modo, os cuidados destinados a mulher nesta fase, precisam abarcar sua integralidade, respeitando suas características pessoais, escolhas, crenças, contexto e cultura. Dentre as várias estratégias existentes, os grupos de gestantes e casais grávidos fornecem um espaço extra de cuidado às mulheres e suas famílias, favorecendo a trocas de informações, expectativas e experiências pessoais entre elas e os profissionais da assistência. Assim, por abranger e possibilitar discussões sobre a maternidade, foi escolhido como cenário de investigação desta pesquisa, um grupo de casais grávidos, de referência estadual, promovido por uma Universidade no sul do Brasil. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, com objetivo de compreender os significados atribuídos a vivência da maternidade por mulheres interagentes que participaram do grupo e as influências vivenciadas por elas na construção desses significados. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética da referida universidade, sob o parecer de número 2.051.643. A coleta de dados foi realizada no período de março a agosto de 2018, através do método da triangulação, utilizando-se da observação não-participante e da análise documental de relatos gravados e depoimentos coletados em um espaço criado no aplicativo *WhatsApp*. A análise dos dados baseou-se na proposta operativa de Minayo e no referencial teórico do Interacionismo Simbólico. Como resultados, foram gerados dois manuscritos. O primeiro, intitulado “Significados da maternidade para mulheres interagentes de um grupo de casais grávidos”, revela como o processo é vivido pelas mães. Nele, são percorridas as múltiplas transformações da gestação, o despertar do amor materno, os desafios e adaptações enfrentados do pós-nascimento. Também aborda a elaboração

da nova identidade materna vivida pelas mães e sua repercussão em suas relações e papéis sociais. O segundo, “Influências na construção do significado da maternidade vividas por mulheres interagentes de um grupo de casais grávidos”, são expressas as cobranças, expectativas e comparações advindas do meio social e suas repercussões na autoestima das mulheres. Também debate o peso exercido pelo saber científico e as equipes de saúde na construção do significado da maternidade, onde são debatidas as práticas legitimadas de uma “boa mãe”, a imagem das equipes de saúde para as mulheres; e a influência da formação de vínculo com a assistência durante o processo. Como considerações finais, constatou-se que a correlação simbólica constituída socialmente da maternidade, influencia o modo como ela é vivida pelas mães; afetando diretamente seu bem-estar, conduta e identidade. Assim, é necessário que as equipes de saúde compreendam e investiguem como esses significados são elaborados na singularidade de cada mulher e contexto. O cuidado fornecido pelos profissionais de saúde e os grupos de gestantes e casais grávidos, se revelou uma ferramenta de forte influência sobre as mulheres para a conquista de uma experiência materna positiva, além de auxiliar no empoderamento e autonomia das mães sobre seu processo.

Palavras-chave: Maternidade. Comportamento materno. Identidade de Gênero. Puerpério. Saúde da mulher. Interacionismo Simbólico.

ALVES, Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira. **Meanings of motherhood for female interagents in a group of pregnant couples**: contributions to women's health in the light of Symbolic Interactionism. Thesis (Master degree in Nursing) - Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2018, 163p.

Advisor: Dr. Roberta Costa.

Co-Advisor: Dr. Margarete Maria de Lima.

ABSTRACT

Motherhood is a time of great transformation in the life of women. It demands a series of physiological, emotional and behavioral adjustments that carry in them diverse symbols and meanings about what it represents to be a mother within each sociocultural context. Considering this, care for women at this stage needs to encompass their integrality, respecting their personal characteristics, choices, beliefs, context and culture. Among the various existing strategies, pregnant women and pregnant couples groups offer an extra space of care to women and their families, promoting the exchange of information, expectations and personal experiences between them and the professional assistance. Thus, for covering and allowing discussions about motherhood, it was chosen as the setting of investigation of this research a group of pregnant couples, a reference in the State of Santa Catarina, Brazil, promoted by a University in the south of Brazil. It is a qualitative, exploratory and descriptive study, with the objective of understanding the meanings attributed to the maternity experience of interagent women participating of the group and the influences experienced by them in the construction of these meanings. The research project was approved by the ethics committee of the university, under the number 2.051.643. Data collection was performed from March to August 2018, through the triangulation method, using non-participant observation and documental analysis of recorded reports and testimonies collected in a space created on the *WhatsApp* cell phone application. Data analysis was based on Minayo's operational proposal and on the theoretical reference of Symbolic Interactionism. This resulted in two manuscripts. The first, entitled "Meanings of motherhood for female interagents in a group of pregnant couples", reveals how the process is experienced by mothers. In it, the multiple transformations of gestation, the awakening of maternal love, the challenges and adaptations faced at the post-birth period are discussed. It also addresses the development of the new maternal identity experienced by mothers and its repercussion on their relationships and social roles. The second,

“Influences on the construction of the meaning of motherhood experienced by female interagents of a group of pregnant couples”, expresses the demands, expectations and comparisons arising from the social environment and its repercussions on women's self-esteem. It also discusses the importance of scientific knowledge and health professionals in constructing the meaning of motherhood, where the legitimated practices of a "good mother" are debated, how women see the health professionals, and the influence of the formation of bonds with the assistance during the process. As final considerations, it was found that the socially constituted symbolic correlation of maternity influences the way it is experienced by the mothers, directly affecting their well-being, conduct and identity. Considering this, it is necessary for health professionals to understand and investigate how these meanings are elaborated in the singularity of each woman and context. The care provided by the health professionals and groups of pregnant women and pregnant couples was revealed to be a strong influence tool on women for the achievement of a positive maternal experience, along with assisting in the empowerment and autonomy of mothers regarding their own process.

Keywords: Mattherhood. Maternal behavior. Gender Identity. Puerperium. Women's health. Symbolic Interactionism.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma: Número de participantes em cada fase de coleta dos dados.....	66
Figura 2 – Imagem da maternidade: o arquétipo da mãe.....	73
Figura 3 – Organograma: categorias e subcategorias dos significados da maternidade.....	81
Figura 4 – Significados prévios da maternidade: atividade de elaboração de cartazes.....	83
Figura 5 – Organograma: categorias e subcategorias das influências na construção do significado da maternidade.....	106

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Perfil das participantes: dados sociodemográficos.....	61
Quadro 2 – Perfil das participantes: dados relativos à gestação.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CPN - Centros de Parto Normal
DPP - Depressão Pós-Parto
DPSS - *Depression Screening Scale*
EDPS - *Edimburg Depression Postpartum Scale*
HAC - Hospital Amigo da Criança
HU - Hospital Universitário
IHAC - Iniciativa Hospital Amigos da Criança
IS - Interacionismo Simbólico
MC - Método Canguru
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN - Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PNAM - Política Nacional de Aleitamento Materno
PSMI - Programa de Saúde Materno Infantil
ReHuNa - Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
RN - Recém-nascido
SCL - *25 Hopkins Symptom Check List*
SRQ - *20 Self-Report Questionnaire 20*
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	17
1.1 OBJETIVO GERAL.....	27
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	28
2.1 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO PAPEL DA MATERNIDADE E DA MATERNAGEM: UM RESGATE HISTÓRICO.....	28
2.1.1 A diferença entre maternidade e maternagem.....	34
2.2 CUIDADOS À MULHER DURANTE O PROCESSO DE NASCIMENTO.....	37
2.2.1 Grupo de gestantes e/ou casais grávidos.....	45
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	48
3.1 INTERACIONISMO SIMBÓLICO.....	48
3.1.1 Grupos humanos.....	52
3.1.2 Interação social.....	53
3.1.3 O ser humano como um organismo agente.....	54
3.1.4 Atividade humana e conjugação das linhas de ação.....	55
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	57
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	57
4.2 CONTEXTO DO ESTUDO.....	58
4.3 PARTICIPANTES.....	60
4.4 ENTRADA EM CAMPO.....	62
4.5 COLETA DE DADOS.....	63
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	66
4.8 CUIDADOS ÉTICOS.....	69
5 RESULTADOS.....	72
5.1 MANUSCRITO 1.....	75
5.2 MANUSCRITO 2.....	101
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	124
REFERÊNCIAS.....	127
APÊNDICE A – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DOS GRUPOS DE GESTANTES E CASAIS GRÁVIDOS.....	141
APÊNDICE B – FOTOS DA ATIVIDADE DE ELABORAÇÃO DE CARTAZES.....	143
APÊNDICE C – ORGANIZAÇÃO PRIMÁRIA DOS DADOS COLETADOS.....	145
APÊNDICE D - PROCESSAMENTO DOS DADOS.....	148
APÊNDICE E – EXEMPLO DA DISPOSIÇÃO DOS DADOS DE ACORDO COM OS PRESSUPOSTOS DO INTERACIONISMO SIMBÓLICO.....	149

ANEXO A – FICHA DE INSCRIÇÃO DO GRUPO DE GESTANTES E CASAIS GRÁVIDOS.....	150
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	152
ANEXO C - FILOSOFIA DA MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA CATARINA.....	158
ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	160

1 INTRODUÇÃO

A maternidade em todo o seu processo de gestação, parto e pós-parto, caracteriza um grande marco na vida feminina, não apenas pelas mudanças fisiológicas implícitas, mas por toda a transformação simbólica e cultural que a envolve. Na figura de um “vir-a-ser” a imagem da maternidade é gradualmente gestada na vida das mulheres desde a infância e traz consigo toda a herança histórica de seu meio. Nela, estão inclusos os valores familiares, as imagens midiáticas, as crenças religiosas e as relações de gênero pré-estabelecidas de cada grupo social, tornando-a um fenômeno complexo que não pode ser desvinculado de seu contexto. Assim, “alguns eventos que ocorrem nessa fase podem gerar um contínuo cumprimento de tradições e costumes passados de geração em geração” (CAMPOS; ALMEIDA; SANTOS, 2014, p. 332), fazendo da futura mãe, a ponte de ligação entre passado e o futuro; bem como a garantia da perpetuação dos costumes sociais (ZAMPIERI, 2010a; MONTICELLI; BRÜGGEMANN, 2011; BARBOSA, 2014; CAMPOS; ALMEIDA; SANTOS, 2014; CORREA; SERRALHA, 2015; SANTOS; MAZZO; BRITO, 2015; GALVÃO; JÚNIOR; MONTEIRO, 2015; TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2016).

De acordo com Tomaszewski-Barlem e colaboradores (2016, p. 86), “para as mulheres, a gestação e a maternidade traduzem significados e expectativas culturais muito amplas, as quais passam a integrar o imaginário social atreladas à saúde, à felicidade, à continuidade de sua existência e de sua família”. Assim, todo o processo exige uma intensa adaptação psíquica das mães e se revela um momento crítico à autoestima feminina, principalmente ao significado que conferem ao que é “ser mulher” e seus atributos (ZAMPIERI, 2010a; TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2016) (ZAMPIERI, 2010a; TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2016).

É um momento da revisão da própria história e condição de mulher para o desenrolar de seu futuro, onde seu modo de interação para consigo, com seu companheiro, familiares e sociedade é posto em reflexão; abrindo portas a um período de intenso crescimento pessoal (ZAMPIERI, 2010c; ZAMPIERI et al., 2016). Contudo, a valorização dessa fase não é unânime a todas as mulheres. Em alguns casos, tanto o processo de gravidez, quando de nascimento, são encarados de forma mecânica, sem resultarem em mudanças comportamentais ou qualquer tipo de amadurecimento por parte das mães, variando de acordo com a subjetividade de cada uma. Mesmo assim, é observado uma exigência

social velada para que as mulheres vivenciem essa experiência e atinjam sua “completude” enquanto mães (ZAMPIERI, 2010a).

Em termos socioculturais, a maternidade denota uma fase de intermediação entre papéis sociais distintos, onde os interesses coletivos têm grande peso em seu simbolismo (CORREA; SERRALHA, 2015). Esse tipo de influência pode ser exemplificado quando observada sobre a ótica de algumas entidades religiosas, que colocam a gestação como um ato de devoção e obediência a Deus, cabendo a mulher desempenhá-la a fim de alcançar sua plenitude existencial. Outro exemplo, são as visões rígidas encontradas em alguns grupos sociais sobre o tema que, ainda hoje, vinculam a mulher ao *status* de “Rainha do lar”¹ (VÁZQUEZ, 2014). Para eles, a figura feminina é compreendida meramente por sua capacidade de procriar, de modo que a plenitude existencial das mulheres estaria na conquista de se tornarem as mães que nasceram para ser; aquelas que se doam por completo aos filhos sem demonstrar falhas ou ambivalências em seus sentimentos (ZAMPIERI, 2010a; ZAMPIERI, 2010c; ZAMPIERI, 2010e; CAMPOS; RODRIGUES, 2015; CORREA; SERRALHA, 2015; MANENTE; RODRIGUES, 2016; PORTO; MARANHÃO; FÉLIX, 2017).

Muito embora após as conquistas do movimento feminista, tenha havido uma mudança significativa no olhar direcionado a figura da mulher, contemplando-a para além de suas características biológicas, a cobrança sobre ela para que desempenhe funções “específicas ao gênero” ainda é grande. Em consequência, muitas mulheres ao engravidarem são soterradas por expectativa de uma vivência materna positiva, envolta em sentimentos de puro contentamento e felicidade (ZAMPIERI, 2010a; 2010c).

Perante as mudanças repentinas e a cobrança social pelo desempenho arquetípico², algumas mães acabam encontrando dificuldades de se adaptarem às novas condições, causando-lhes uma contradição entre a ideologia da maternidade construída – histórica, social e individualmente – e a experiência real vivenciada (CORREA; SERRALHA, 2015). Do choque entre ambas, a mãe ideológica perfeita torna-se cada vez mais distante, gerando sentimentos de cobrança, frustração e remorso (PORTO; MARANHÃO; FÉLIX, 2017). Em

¹ Terminologia encontrada em todos os artigos utilizados neste trabalho ao remeterem-se à imagem e a posição social da mulher na modernidade.

² Arquetipo (ou representações arquetípicas), é um termo utilizado por Carl G. Jung (1977) para referir-se a imagens primordiais ou representações simbólicas criadas na consciência humana.

consequência, a visão figurativa e, às vezes utópica, construída da maternidade se converte em um fardo punitivo para as novas mães que, ao “se sentirem forçadas a se adequarem às pressões da sociedade e se “adaptarem a uma visão romanceada deste estado” (CORREA; SERRALHA, 2015, p.114), ficam vulneráveis à ansiedade e ao sentimento de inadequação.

O próprio processo parturitivo é um exemplo claro, cercado de símbolos e crenças, que exerce forte influência sobre elas e pode representar um período de conflito com a imagem pré-estabelecida da maternidade. O contraste entre o medo da dor, a ansiedade, a insegurança e a impotência frente à situação enfrentada, *versus* o sentimento de amor, prazer, gratidão e bem-estar advindos do nascimento do filho, são algumas, das várias ambiguidades que podem ser encontradas durante o processo (CAMPOS; ALMEIDA; SANTOS, 2014; MAZZO; BRITO, 2015). O mesmo ocorre com o período puerperal, onde as mulheres ainda precisam lidar com as oscilações hormonais, as mudanças em sua rotina e as demandas do bebê. Emerge, pela primeira vez, a realidade da total dependência da criança e a urgência em aprender a reconhecer suas necessidades, seu temperamento e ritmo. É neste momento, também, que elas se deparam com a responsabilidade sobre os cuidados do filho e a certeza de que não há volta (ZAMPIERI, 2010e).

Em resposta, algumas mães experienciam a chamada melancolia da maternidade ou *baby blues*: um estado hormonal transitório que acomete cerca de 70 a 90% das mulheres após o parto. De caráter natural, essa melancolia coloca a nova mãe em estado de alerta, no qual se acredita essencial para que ela reconheça as necessidades do bebê; formado o vínculo entre ambos (SANTOS; MAZZO; BRITO, 2015; CORREA; SERRALHA, 2015; RIEMENSCHNEIDER, 2016). Trata-se de uma hipersensibilidade, temporária, marcada por episódios de choro, falta de confiança, irritabilidade, ansiedade, tristeza e sentimentos de incapacidade para cuidar. Logo, é de grande importância que a presença desses sentimentos ambíguos não assumam caráter negativo na vida das mulheres, tendo em conta o crescente número de casos psicoemocionais femininos em comparação com os homens (2/1) em sua grande maioria, relacionados a episódios marcantes, como a gestação, o parto e o pós-parto (CORREIA; SERRALHA, 2015; GALVÃO; JÚNIOR; MONTEIRO, 2015).

É primordial que ela receba apoio para que consiga viver seu puerpério (pós-parto) de forma saudável, tanto para si como para o desenvolvimento adequado de seu filho. Só na realidade brasileira, 20 a 40% das mulheres apresentam alguma perturbação emocional ou

cognitiva após o parto, como por exemplo a psicose puerperal e a mais conhecida: a depressão pós-parto (DPP) (PEREIRA, 2014; CAMPOS; RODRIGUES, 2015; CORREA; SERRALHA, 2015; GALVÃO; JÚNIOR; MONTEIRO, 2015; SANTOS; MANENTE; RODRIGUES, 2016; ZANGALLI; POLONI; LANG, 2016; PORTO; MARANHÃO; FÉLIX, 2017).

Porto, Maranhão e Félix (2017, p.223) definem a DPP como um “episódio marcado por perturbação emocional, humoral e reativa” ocorrido no período do puerpério. Seus principais sintomas incluem: fadiga, desânimo, irritabilidade, choro frequente, desesperança, alterações de sono, apetite e libido; diminuição cognitiva, baixa estima, sentimento de desamparo e de incapacidade para lidar com as mudanças; medo de fazer algum mal ao bebê e de não saber como agir com ele; ideias suicidas; sentimentos ambivalentes em relação ao filho; culpa e o pior de todos, a intensa dificuldade de falar sobre tudo isso (BARBOSA, 2014; CLEMENS, 2015; GALVÃO; JÚNIOR; MONTEIRO, 2015; ZANGALLI; POLONI; LANG, 2016; MARANHÃO; FÉLIX, 2017; PEREIRA, 2017).

Só na realidade brasileira, uma a cada quatro mulheres, apresenta sintomas depressivos no período de seis a 18 meses, após o nascimento do bebê, uma prevalência maior do que a estimada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para países desfavorecidos (THEME et al., 2016; LEONEL, 2016). Por sua similaridade com o *baby blues*, os sinais da DPP muitas vezes são desconsiderados pelos profissionais e pelas próprias mães, dificultando seu tratamento. Embora já existam instrumentos que facilitam o reconhecimento da síndrome, como a *Edimburg Depression Postpartum Scale* (EDPS); *Postartum Depression Screening Scale* (DPSS); *Hopkins Symptom Check List* (SCL-25); e a *Self-Report Questionnaire 20* (SRQ-20), diversos autores concordam que o diagnóstico de DPP é delicado por não apresentar uma causa desencadeadora específica, necessitando aliar o conhecimento científico, às habilidades dos profissionais da assistência (PEREIRA, 2014; CAMPOS; RODRIGUES, 2015; PORTO; MARANHÃO; FÉLIX, 2017).

Contudo, o estudo³ desenvolvido, junto a pesquisa Nascer no Brasil⁴, pela pesquisadora Mariza Theme e colaboradores da Fundação

³ Intitulado: *Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study*, 2011/2012, publicado em 2016.

⁴ O maior e mais recente estudo já desenvolvido no país a respeito de parto e nascimento. Sua equipe de pesquisa, foi coordenada pela Professora Maria do

Oswaldo Cruz (Fiocruz), aponta uma hipótese. Nele, os pesquisadores entrevistaram mais de 23.896 mulheres, do território nacional, no intuito de identificar possíveis fatores desencadeadores da DPP, focando principalmente na correlação do uso de intervenções dolorosas e o aparecimento da síndrome. Ao final, mesmo não identificando a associação entre o aparecimento da DPP e as intervenções dolorosas, alguns fatores comuns às mulheres com DPP chamaram a atenção da equipe, destacando-se: as baixas condições socioeconômicas; histórico de transtornos mentais anteriores; consumo excessivo de álcool e gravidez não planejada (THEME et al., 2016).

Outro ponto surpreendente, foi a avaliação do serviço assistencial. Todas as mulheres que desenvolveram DPP foram às que pior avaliaram os seus atendimentos. Em termos comparativos, aquelas que deram as notas mais baixas ao serviço dos profissionais, apresentaram probabilidade duas vezes maior de manifestarem os sintomas da DPP do que aquelas que consideraram seus atendimentos satisfatórios. Ainda não se sabe ao certo se as avaliações foram uma consequência do estado emocional, gerado pela própria DPP, ou se há de fato uma relação mais tênue entre uma vivência assistencial negativa e a probabilidade ao desenvolvimento do distúrbio (THEME et al., 2016; LEONEL, 2016).

Em média, uma mulher em estado depressivo pode demorar de 2 a 12 semanas, após o parto, para buscar auxílio ambulatorial. O motivo, segundo estudos anteriores, decorre em síntese da culpa e do medo da estigmatização social; onde é esperado apenas sentimentos positivos de amor e felicidade de uma mãe. Assim, elas não encontram espaço para relatar suas ambivalências e seus sentimentos são vividos em silêncio. Censuradas pelo medo, muitas mulheres terminam ignorando esses fatores que interferem diretamente nos cuidados e no desenvolvimento cognitivo da criança, configurando um risco para ambos (BARBOSA, 2014; CORREA; SERRALHA, 2015; GALVÃO; JÚNIOR; MONTEIRO, 2015; LEONEL, 2016; PORTO; MARANHÃO; FÉLIX, 2017).

Assim, “torna-se relevante o apoio a essa mãe, que também precisa ser cuidada, sentir-se segura e amparada para desempenhar papel tão primordial” (LANZETTA; BITTENCOURT, 2016, p.11). Desta maneira, é necessário que o cuidado seja feito durante todo o processo de nascimento, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (MS). A

Carmo Leal e contou com a participação de mais de 600 pesquisadores em campo; uma coordenação central, 5 regionais e 27 coordenações estaduais (FIOCRUZ, 2017).

elas, deve ser oferecido as informações necessárias às suas questões; assim como um cuidado humanizado que respeite sua singularidade biopsicoespiritual; englobando patamares para além dos limites clínicos pré-estabelecidos. Assim, cabe ao profissional de saúde, a responsabilidade de acolher os medos, dúvidas, angústias e expectativas expressas pelas mulheres sobre seus cuidados; além dos valores e a história de vida de cada uma (ZAMPIERI, 2010c; SANTOS, MAZZO, BRITO, 2015; TOMASCHEWSKI-BARLEM et.al., 2016).

Nas palavras de Lemos (2017, p.11-12):

Para prestar um cuidado humanizado de qualidade, é imprescindível que o processo de comunicação transcorra tranquilamente e sem “interferências”, sendo permeado por ética, bom senso, escuta verdadeira e qualificada [...] A tecnologia de cuidado, possui um rol de saberes e práticas destinadas à compreensão do ser humano, assim é fundamental aprender a ser flexível e olhar para o outro na busca de percebê-lo em suas peculiaridades, de captar a sua maneira de ser e estar no mundo.

Para Nitschke (2007), é mediante este “ser no mundo” que as ideias formadas no imaginário se tornam visíveis, servindo como espelho à uma relação que se retroalimenta (imagem – imaginário). É por ele, que é expresso o arcabouço que traduz as expectativas intrínsecas de cada pessoa, bem como os elementos que a constroem. Assim, quando trazido ao campo da percepção tem poder transformador, criando mudanças conjuntas, tanto no âmbito individual, quanto coletivo.

Conduzidas por todo um conjunto de características, cada mulher tece a imagem de si mesma perante o outro, criando uma teia de representações simbólicas que às permitem se relacionar. Esses significados vividos, por serem intrínsecos aos seres humanos, modulam e traduzem toda a sua existência, da mesma forma que também são modificados por ela. Neles, são desenhadas as normativas de cada geração, nos quais, permite aos seus se identificarem como pertencentes a um mesmo lugar (NASCIMENTO, 2016).

Para tanto, Zampieri (2010c, p.361) comenta, que o cuidado da saúde pré-natal “deveria avaliar não só o processo fisiológico, mas também a maneira como a mulher está se adaptando à gestação, os suportes e recursos que dispõe, o tipo de vida que leva e o sistema de crenças pessoais da gestante e família”. Porém, não são raras as vezes que

os profissionais de saúde não conseguem abarcar todos esses fatores em consultório; seja por falhas em sua formação, pelo tempo disponibilizado nas consultas, ou mesmo pelo alcance da cobertura assistencial.

Logo, para contemplar parte dos princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde e seu “conjunto de estratégias focadas na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e coletividades” (BRASIL, 2018, s/n), buscando a redução da vulnerabilidade, a equidade e o empoderamento individual e comunitário; algumas estratégias adicionais foram criadas (BRASIL, 2010; BRASIL, 2018). Todas trazendo as ações da promoção da saúde como base, focando o desenvolvimento de hábitos saudáveis, o processo educativo em prol da autonomia, o respeito cultural de cada localidade e a atenção integral ao ser cuidado. Dentre elas, as visitas domiciliares, os atendimentos em sala de espera e os grupos de gestantes e/ou casais grávidos⁵ são alguns exemplos que ofereceram um espaço extra para o aprendizado e a interação entre as mulheres e os profissionais (ZAMPIERI, 2010c; LEITE et al., 2014; LIMA et al., 2018).

Para Monticelli e Brüggemann (2011, p.26) os elementos da maternidade por serem tanto fisiológicos, quanto particulares ao processo de viver humano, formam rituais que “evocam interações humanas e não somente cuidados que são originários da racionalidade científica”. Sobre esse prisma, os grupos de gestantes e/ou casais grávidos, enquanto atividade interdisciplinar de fácil implantação em unidades básicas de saúde, hospitais, universidades e comunidades, contribuem a promoção da saúde de modo ampliado.

Além de estimular a socialização e o aprendizado de conhecimentos em educação e saúde, também fornecem um espaço a exposição de dúvidas, medos, anseios e para a quebra de tabus, tão necessários ao empoderamento da mulher e sua família. Assim, “o grupo funciona como um estimulante para a reflexão crítica, dando a mulher, autonomia para decidir de que forma passará pelo processo de gestação, parto e pós-parto, adotando as atitudes que julgar saudáveis” (LIMA et al., 2018, p. 2). Por meio da interação coletiva, ele também abre portas a novos vínculos de amizade entre pessoas que passam pela mesma situação, ajudando-as para que reconheçam no outro seus valores, crenças, limites, possibilidades, dificuldades e possíveis soluções; transformando-os mutuamente (ZAMPIERI, 2010c; LIMA et al., 2018).

Embora esses grupos já tenham se consolidado internacionalmente no rol das estratégias de cuidado, no Brasil ainda estão em

⁵ Termo utilizado para destacar a importância e incentivar a participação do acompanhante durante todo o processo de gestação, parto e nascimento.

desenvolvimento, necessitando de maiores investigações. Apesar da escassez de material, em vários trabalhos foi pontuado a relevância que o acolhimento e as trocas em grupo propiciam a vivência positiva da maternidade, demonstrando seu valor e relevância enquanto uma ferramenta de promoção de saúde (QUEIROZ; CERQUEIRA; MENDONÇA, 2015; HENRIQUES et al., 2014; LEITE et al., 2014; NASCIMENTO, 2016).

Ainda que em minha atuação profissional como Naturóloga, não tenha me dedicado especificamente aos cuidados da saúde materna; diversas vezes me deparei com confissões de sofrimentos velados envolvendo o tema, dentro e fora de consultório. Amigas, familiares e interagentes⁶ chegavam a mim trazendo falas carregadas de culpa por não ser, sentir ou fazer, o que era esperado pelo social (e muitas vezes exigido) de uma mãe. Relatavam que se sentiam sozinhas e incompreendidas, ficando em silêncio por medo da represália e estigmatização. Também vi esse mesmo sofrimento se transformando conforme ia sendo exposto, acolhido e trabalhado, criando toda uma realidade que até então, não era possível.

Desse encontro carregado de conflitos e transformações que nasceu a vontade de explorar mais a temática no mestrado acadêmico, a fim de compreender como cada mulher o significa. Como minha formação profissional foi construída fora dos pilares da enfermagem, ao ingressar na pós-graduação fui convidada a conhecer um pouco mais de perto o trabalho feito dentro desses grupos para gestantes e casais grávidos; visto sua eminente oportunidade para a discussão do tema.

Na intenção de me familiarizar com sua estrutura e dinâmica de trabalho, tive o privilégio de acompanhar o início e o término de três grupos, como ouvinte, e nesse meio tempo, contemplei um espaço dado ao diálogo, de apoio mútuo e partilha de informações que foram a mim uma grande e positiva surpresa. Contudo, durante os encontros algumas coisas chamaram a minha atenção: a grande divergência de sentimentos relatados pelas mulheres frente a maternidade e seus símbolos, as contradições entre a idealização e a experiência real vivenciada, bem como a ausência de amor materno trazida por algumas, são exemplos.

Outra questão observada que inicialmente me gerou um estranhamento, foi a ênfase dada pelos profissionais a alguns aspectos

⁶ Termo utilizado pela Naturologia para se referir ao indivíduo que busca o cuidado terapêutico em crítica ao modelo de passividade (paciente) predominante no meio biológico. Para os naturólogos, o interagente é um ser ativo, que faz escolhas, interage e também é corresponsável por sua própria saúde.

específicos da maternidade, que nem sempre refletiam a realidade de todas as mulheres do grupo. Cito como exemplo a ampla abordagem sobre o parto vaginal em comparação a técnica da cesariana; muito embora houvessem participantes aderentes a ambos. Essa prática também é comum a outros grupos, como demonstrado nos trabalhos de Nascimento (2016) e Henriques e colaboradores (2015), e é justificada por ser uma prática baseada em evidência fortemente comprovada e recomendada pela própria OMS e Ministério da Saúde (MS).

Ao criar em 1999 o âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela portaria nº 985, o MS iniciou um conjunto de ações voltadas a redução da mortalidade materna e perinatal por causas evitáveis. Estas ações foram baseadas nas recomendações publicadas pela OMS em 1996, devido a robustas comprovações enquanto Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento. Assim, criou estratégias voltadas a humanização e melhoria da assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério. Delas nasceu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), o Método Canguru, os Centros de Parto Normal (CPN) e afins; todos embasados em evidências científicas com a finalidade de reduzir intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto; como o uso de ocitocina, a prática da tricotomia, episiotomia, cesariana, restrições alimentares e hídricas, dentre outras (BRASIL, 1999; BRÜGGEMANN; OLIVEIRA; SANTOS, 2011).

Destas práticas, a cirurgia cesariana é uma das mais polêmicas, já que nos últimos anos tomou proporções de “epidemia” a nível mundial, principalmente no Brasil. Além de fomentar um modelo que alienou a mulher das competências de seu próprio corpo, colocando-os nas mãos dos médicos, a cirurgia que outrora era usada apenas em casos específicos virou rotina nos hospitais; aumentando os riscos de intercorrências e de mortes. Em consequência, um novo debate emergiu e desde então vários esforços vêm sendo feitos para devolver à mulher seu papel de protagonista no processo de parto (RODRIGUES, 1999; CASSIANO et al., 2014).

Alguns autores, como Riemenschneider (2016), chegam a afirmar que a prática da cesariana não traz nenhum tipo de benefício, já que haveria uma tendência por parte das crianças a desenvolverem patologias que não acometem os infantes nascidos de parto normal. De modo que, somente ‘retornando às origens’ é que as mulheres garantiriam “o melhor nascimento e criação que sua prole poderia ter” (RIEMENSCHNEIDER, 2016, p. 115).

Rodriguez (1999) complementa ao salientar em sua obra “Lobas e grávidas”, que o ideal seria todas as mulheres viverem um parto que as

permitisse o contato com a verdadeira natureza de dar à luz, dispondo dos recursos médicos apenas quando necessários. Em tese, esse momento permitiria aflorar a mulher selvagem dentro de cada uma, devolvendo a intuição e a imaginação a tempo perdidas. Assim, para a autora “o parto é um caminho de transformação, de amor, de vencer os medos e de dar à luz uma nova era” (RODRIGUES, 1999, p.15).

Independente das linhas de pensamento usadas por cada autor, o apelo ao natural é comum a eles, refletindo sua relevância no contexto da maternidade. Contudo, ao final de todos os grupos que participei, questões como a cesariana sempre eram trazidas como algo em *déficit* por alguma participante, demonstrando uma vontade em conhecer mais sobre a técnica, mesmo não sendo uma recomendação do MS; e de desmistificar a imagem da mãe que opta por ela.

O mesmo vale a outros incentivos preconizados como a amamentação, já que não é, necessariamente, uma vontade ou possibilidade para todas as mães. Assim, é observado que essas práticas de inegável benefício e efetividade, também precisam ser observadas no campo individual já que, como símbolos, também impactam a vivência materna de cada mulher de formas variadas e subjetivas.

Consequentemente, nem sempre os valores e conceitos que norteiam a prática assistencial é compartilhado por aquele que a recebe. Mesmo as recomendações do MS contêm símbolos que alimentam à imagem pré-determinada da “pessoa saudável”; e que vezes colide com o modo de viver real das pessoas. Portanto, precisam ser construídas em conjunto com cada indivíduo para que o espaço dialógico do cuidado não seja restringido. Jaz dessa relação a importância de entender o significado por detrás do que está sendo dito. Levar a voz de quem é cuidado para o campo reflexivo da academia é essencial, visto ser o cerne da formação dos profissionais que irão fornecer esse cuidado.

Essa capacidade de utilizar símbolos e produzir e significados, para o pensamento do Interacionismo Simbólico (IS), é o que permite aos seres humanos serem “organismos agentes” que interagem e transformam ativamente a si mesmos, aos outros e ao meio (DALBOSCO; MARASCHIN, 2017). Logo, por estruturar seus pensamentos sobre essas discussões, o IS contribui operacionalmente a esta pesquisa, permitindo compreender como tais relações e significados são construídas e modificadas dentro do grupo.

Assim, como pessoa, mulher e profissional da saúde, amante da singularidade humana e do poder da Interagência⁷, busco responder com este trabalho, sob o olhar do IS, “**quais os significados atribuídos a vivência da maternidade por mulheres interagentes de um grupo de casais grávidos?**” e “**quais as influências na construção do significado da maternidade vivenciados por mulheres interagentes de um grupo de casais grávidos?**”.

1.1 OBJETIVO GERAL

- Conhecer quais os significados atribuídos à vivência da maternidade por mulheres interagentes de um grupo de casais grávidos.
- Compreender as influências na construção do significado da maternidade vivenciados por mulheres interagentes de um grupo de casais grávidos.

⁷ Termo adotado pela Naturologia para referenciar a relação terapêutica entre aquele que busca o tratamento e o Naturólogo. Esta relação fundamenta-se na não passividade do sujeito, de modo a estimulá-lo em sua autonomia respeitando-o em sua forma de organização e concepção das experiências vividas e de como estas se articulam em sua subjetividade (MOR; WEDEKIN, 2012).

2 REVISÃO DE LITERATURA

O presente capítulo trata de uma revisão narrativa sobre a temática da simbologia da maternidade e foi construído a partir de um levantamento realizado na *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), o repositório da *Nationa Library of Medicine* (PubMed), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (Bireme), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes); o banco de teses e dissertações do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN-UFSC) e o site de busca Google acadêmico, abrangendo o período do ano de 2014 até 2017. Além disso, foram utilizados materiais como teses, dissertações, livros sobre o tema, políticas e programas voltados a saúde da mulher e materiais desenvolvidos na instituição onde o estudo foi realizado.

Serão percorridos os blocos temáticos: “A construção social do papel da maternidade e da maternagem: um resgate histórico”; desvelando a diferença e as influências histórico-culturais de ambas; e o bloco “Cuidados à mulher durante o processo de nascimento”, trazendo uma contextualização das políticas, programas e estratégias voltados a saúde da mulher, o processo de gestação, parto e pós-parto, incluindo os grupos de gestantes e casais grávidos.

2.1 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO PAPEL DA MATERNIDADE E DA MATERNAGEM: UM RESGATE HISTÓRICO

Desde a Grécia antiga, a diferença entre os órgãos sexuais femininos e masculinos já era questionada, resultando em diversas teorias para seu funcionamento e valor social de cada um. O útero, em especial, sob a influência dos pensamentos de Hipócrates, por muito tempo foi compreendido como um organismo vivo, que possuía a capacidade de se deslocar para as demais partes do corpo. Tal qual um parasita, se acreditava que o órgão se inseria nas demais estruturas corpóreas, (em especial no sistema nervoso) prejudicando seu funcionamento e acarretando quadros (psico)patológicos. Segundo a crença, esse deslocamento só ocorria mediante uma forte insatisfação erótica da mulher ou de um grande desejo negado de gerar um filho. Assim, por muitos anos houve a associação direta da figura feminina, a psicopatias como a histeria, consideradas na época unicamente como “doença feminina”. (CLEMENS, 2015).

Da mesma forma na idade média, muitas manifestações corporais como convulsões femininas, eram relacionadas ao erotismo e a sua direta relação a prática de bruxaria e possessão demoníaca. As mulheres eram vistas e julgadas com seres profanos traíçoeiros e de caráter diabólico, que contradiziam a palavra pregada pelas ordens religiosas (CLEMENS, 2015). Em consequência, durante todo o século XVI a indiferença social por parte das civilizações europeias em relação às mulheres, era enorme. Na época, a família europeia por estar estruturada em interesses puramente econômicos, visava apenas a manutenção dos bens familiares, fazendo das mulheres, crianças e principalmente dos bebês, pessoas de pouca importância social. Mesmo as crianças de famílias economicamente mais favorecidas, após completarem oito anos de idade, eram imediatamente integradas às atividades laborais e domésticas, adquirindo *status* de adultos em miniatura (BADINTER, 1985; GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2014; CLEMENS, 2015). Logo, o ideal de amor materno não existia e a maternidade não apresentava qualquer valor social (CLEMENS, 2015; LOPES; CARVALHO, 2017). Era comum, principalmente para as mulheres de classes sociais mais elevadas, a opção de cuidar, ou não, de seus filhos, visto que muitas práticas, como a amamentação, eram consideradas deselegantes e afetavam diretamente sua vida social. Em consequência, era normal entregar as crianças aos cuidados de outras famílias ou as amas-de-leite, bem como o ato de abandoná-las a própria sorte. Como resultado dessas ações, criou-se uma realidade com altas taxas de mortalidade infantil que chamou a atenção do estado (SALES; COUTINHO; SOUZA, 2015).

Na tentativa de promover a estabilidade populacional, visando a produção de riquezas na nação, o Estado, juntamente com as ordens religiosas e médicas, lançaram seus olhares à criança tornando-a uma prioridade designada a figura feminina. Com isso, a mulher outrora desvalorizada socialmente foi colocada como sinônimo de cuidado, sendo vinculada diretamente a sobrevivência da criança. A partir desse momento, tem-se um incentivo a valorização da maternidade, chegando algumas regiões a recompensar as mães que amamentavam ou que escolhiam cuidar de seus filhos (BADINTER, 1985; SANTOS, 2011; GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2014; CLEMENS, 2015; SALES; COUTINHO; SOUZA, 2015; LOPES; CARVALHO, 2017).

Com os avanços científicos, em especial da psicanálise, a relação entre mãe e filho começou a embasar a construção da subjetividade feminina, fundindo à imagem da mulher, a maternidade (CLEMENS, 2015). Durante todo o período, até meados do século XIX, surgiram tratados médicos permeados pelo incentivo ao aleitamento, que

disseminavam a prática com base no discurso que “a criança sugava o caráter e as paixões de quem a amamentava” (SALES; COUTINHO; SOUZA, 2015, p. 11) configurado um marco histórico sobre a figura social da mulher que passa, estrategicamente, à condição de mãe (CLEMENS, 2015; SALES; COUTINHO; SOUZA, 2015). Deste modo, o estado, os médicos e os moralistas discursavam a necessidade de a mulher dedicar-se exclusivamente aos filhos; já que, uma vez que somente ela possuía a capacidade de parir, também teria o “instinto natural” para cuidar da criança (LOPES; CARVALHO, 2017). Nas palavras de Clemens (2015, p.46)

Quando no plano das políticas públicas a qualidade de vida ganha destaque por ser uma riqueza da nação, um novo olhar sobre a maternidade é forjado. É atribuído à mulher e à maternidade um poder de produção de uma população saudável. A maternidade é destacada como sua fonte única e exclusiva de identidade sendo ancorada nos aspectos biológicos do ser da mulher.

Assim em 1760, emergiu a chamada puericultura científica em combate as amas-de-leite e as altas taxas de mortalidade infantil associadas. Neste marco da realidade colonial, o número de publicações médicas voltadas à maternidade se intensificou, descrevendo e definindo como os cuidados à criança deveriam ocorrer. A amamentação se destacou como foco principal dos estudos, tornando-se de uma opção à um dever para o exercício da “boa mãe”, aquela que nutria e oferecia incondicionalmente seu amor ao filho. A partir deste momento foi estabelecido um novo quadro de papéis sociais, onde o cuidado das necessidades do bebê adquiriu, também, a característica de uma disponibilidade psíquica da mãe para com a criança, chamada maternagem. A partir dessa associação foi criado o “mito do instinto materno”, fazendo da maternagem - o cuidado ao bebê -, algo inato ao feminino (SANTOS, 2011; GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2014; SALES; COUTINHO; SOUZA, 2015; TOMAZ, 2015).

A maternidade passa de um estado de gestar e parir para um processo de educar, cuidar e formar cidadãos morais (TOMAZ, 2015; LOPES; CARVALHO, 2017), fazendo uma associação direta da mulher à maternidade e a maternagem (GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2014). Sobre estes pilares morais, pautados no amor romântico e na responsabilidade conjunta com o Estado em proteger a criança, que as

famílias modernas são criadas. Aqui a maternidade é exaltada, transformando-se no imaginário coletivo de um dever, para algo desejado, onde a mãe deveria desenvolver vínculos com o filho de forma prazerosa para, então, cumprir seu papel social (VÁZQUEZ, 2014; LANZETTA; BITTENCOURT, 2016).

Com a transformação de seu *status* para mãe, a mulher moderna se torna figura valorizada, passando a ter outras funções de importância social. Embora limitada ao espaço familiar, ela ganha visibilidade no imaginário coletivo como “Rainha do lar”, símbolo de ordem, cuidado e dedicação prazerosa; fazendo desses atributos um incentivo ao desenvolvimento da maternidade (GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2014; TOMAZ, 2015).

A partir desta perspectiva é reforçado o ideal feminino traçado pela igreja, onde a mulher, após o sacrifício de si, seria abençoada com um marido, que iria conduzi-la até a santidade da “boa mulher”, tornando-a mãe. Assim, tem-se uma conciliação tosca entre a mulher santificada que a igreja enaltecia para divulgar suas crenças, e o interesse político do patriarcado para que as mulheres cuidassem de seus filhos; já que esta prática seria própria de sua natureza (CLEMENS, 2015).

A figura da mulher-mãe torna-se sinônimo de ordem, enquanto a mulher “erótica” que transgredia a normativa, representava um perigo ao padrão da civilização. A esta mulher, foi dado o nome de “puta”, sendo excluída socialmente de forma positivada, como o “preço a pagar pela sua oposição ao que lhe era designado socialmente. Mulheres desviantes configuravam a galeria de mulheres perigosas, como foram definidas pelo discurso da medicina” (CLEMENS, 2015, p. 50).

Para os médicos da época, voltados apenas a função reprodutiva da mulher, o funcionamento correto da fisiologia feminina (parir e procriar), estava diretamente relacionado a “moral” das mulheres (ser mãe, frágil e submissa) e definia seu estado normativo/patológico. Mulheres que não desempenhavam sua função natural (parir e procriar) eram consideradas desviantes e sem caráter, portanto, teriam maior probabilidade para o desenvolvimento de quadros como a insanidade e a loucura. Sobre os pilares desta crença, cresceu a depreciação por parte da sociedade e dos médicos à figura da mulher-não-mãe, rotulada como ser, moral e/ou psicologicamente incapaz. Assim, novamente foi traçado o discurso antigo que relacionava a mulher à loucura. Entretanto, aquelas que antes eram castigadas no medievo, agora estavam sendo diagnosticadas como desviantes históricas (VÁZQUEZ, 2014; CLEMENS, 2015).

Com os novos manuais e periódicos circulando para “educar as mães”, foi semeado no imaginário moderno o ideal maternal, agora

construído sob a ótica dos homens da ciência (TOMAZ, 2015). Por terem sua identidade atrelada ao imperativo da procriação, o “tornar-se mãe”, passou a ser sinônimo de poder dentro da sociedade, adquirindo significado como símbolo de honra, perfeição e contribuição para com a manutenção da vida (VÁZQUEZ, 2014; CLEMENS, 2015). Neste contexto, segundo Gradwohl, Osis e Makuch (2014, p. 58), evidenciou-se “uma pressão social para que as mulheres se tornassem mães. Isto desencadeou nas mulheres que não tinham o desejo da maternidade, a sensação de inadequação social [...] ou culpa, por não terem condições de dedicarem-se única e exclusivamente à maternagem”.

Em conjunto, o discurso em prol do casamento se fez enfático, na época. Mulheres que não casavam e não tinham filhos eram a face contrária da mulher valorizada. A pressão social era tanta, que mesmo as casadas sem filhos, corriam o risco de serem equiparadas às “más mulheres”, por não terem contribuído para o desenvolvimento social. Se uma mulher não dispusesse de uma prole própria ao final da vida reprodutiva, era considerada uma coitada, infeliz, doente, infértil ou mesmo uma egoísta, incapaz de sentir amor verdadeiramente (LOPES; CARVALHO, 2017).

Por meio do discurso “a mulher completa, é a mulher mãe” a maternidade e a maternagem foram firmadas no século XX e, assumiram o foco das campanhas governamentais, religiosas e midiáticas, resultando no chamado “século da criança” (VÁZQUEZ, 2014).

Para Lanzetta e Bittencourt (2016, p.03)

A principal transformação no que se refere à maternidade é, sem dúvida, a mulher passar a amamentar o próprio filho. As trocas afetivas entre mãe e bebê ganham novo valor, possibilitadas através dos carinhos físicos [...]. Assim a maternagem ocupou a vida da mulher durante boa parte do século XX, tornando-se uma experiência complexa, que embora estivesse envolta de alegria e orgulho por ser considerada importante, prestigiada pela sociedade, também gerou de forma inconsciente um mal-estar por fazer com que muitas mulheres se sentissem culpadas e frustradas quando não desejavam desempenhar tal papel. Mesmo quando desejada, devido à exigência de aproximar-se do “modelo perfeito”, a vida da mãe oscilava entre a felicidade e satisfação e a insatisfação e frustração.

Com a chegada do capitalismo, as demandas econômicas e de consumo tornaram a realidade da família moderna mais instável. O salário outrora fornecido pelo homem, já não conseguia mais suprir as necessidades familiares. A estrutura econômica patriarcal foi se modificando, obrigando a mulher a buscar espaço fora do lar; um divisor de águas na história feminina. A mulher, antes completamente submissa e dependente, começa a ganhar autonomia financeira e intelectual, influenciando diretamente na forma e nos valores dos papéis e responsabilidades entre os sexos (GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2014; LOPES; CARVALHO, 2017).

Em virtude deste fator, em 1960, surge o movimento do feminismo questionando a imposição à maternidade e o ato da maternagem, voltada exclusivamente as mães. A partir disso, foi encabeçada a luta pela contracepção livre gratuita e a liberação do aborto em prol da autonomia biológica da mulher, onde poderiam decidir se, e quando, a procriação iria ocorrer (GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2014; SALES; COUTINHO; SOUZA, 2015). Assim, em 1970, tem-se a chama revolução sexual que, ao trazer a pílula anticoncepcional e, posteriormente, outros métodos de controle de natalidade, colocou em posse da mulher seu próprio corpo, um marco na política de fertilidade humana que perdura até hoje. Como resultado, houve uma queda brusca no número de nascimentos na época e um grande aumento na prevalência de indivíduos que optaram por não terem filhos (VÁZQUEZ, 2014).

Ao mesmo tempo, em 1974, constatou-se na 27ª Assembleia Mundial da Saúde, altas taxas de desnutrição e mortalidade infantil, associadas diretamente a diminuição do aleitamento materno em várias partes do mundo. A principal causa: a fabricação de produtos voltados a substituição do leite humano. Os países então, foram convocados a desenvolverem estratégias e políticas públicas direcionadas à promoção da amamentação, onde houve um crescente incentivo à prática, por órgãos governamentais e não-governamentais (SALES; COUTINHO; SOUZA, 2015). Só no Brasil, podemos citar a implementação da Política Nacional de Aleitamento Materno (PNAM) pelo MS em 1982, onde foram desenvolvidas iniciativas fomentadas primeiramente pela OMS.

Desde então, muitos trabalhos e pesquisas acadêmicas foram (e continuam sendo) feitos, apontando para a necessidade de investigar os aspectos fisiológicos, imunológicos, nutricionais do leite materno. Ao mesmo tempo, foi verificado a falta de preparo e a carência educativa para lidar com as demandas do tema, tanto dos profissionais da saúde, quanto das mulheres. Neste momento, a mídia rapidamente começou a intervir,

criando inúmeras ofertas de produtos e informações focadas na criança, que prescreviam os passos para o exercício correto da amamentação e da maternidade. Até que por fim, desses diferentes discursos e interesses, foi propagado o entendimento daquilo que uma mãe deveria, ou não, fazer dentro do coletivo (SALES; COUTINHO; SOUZA, 2015; TOMAZ, 2015; COLARES; MARTINS, 2016).

Mais recentemente, outros estudos vêm trazendo novos pontos de discussão referente a prática da amamentação. Esses apontam a necessidade de analisar os aspectos culturais e subjetivos de amamentar, pois, ao considerar somente o aspecto biológico da amamentação, cristaliza-se novamente os

significados sobre maternidade, especialmente sobre o que é ser uma “boa mãe” (aquela que amamenta). Apesar dos benefícios (para a saúde do bebê e da mulher), o aleitamento materno precisa ser visto como uma prática discursiva que é modelada e modela o lugar social da mulher e da criança” (SALES; COUTINHO; SOUZA, 2015, p.18)

Mesmo na contemporaneidade, onde há o incentivo ao estudo, independência e profissionalização da mulher, vivencia-se, ainda, uma cobrança que cresce na expectativa de que um dia elas venham a cumprir seu “principal papel”, ser mãe (ZAMPIERI, 2010a; 2010d; COLARES; MARTINS, 2016). “Assim, torna-se claro que o indivíduo não existe fora do campo social. O sujeito humano é um sujeito social” (LOPES; CARVALHO, 2017, p. 162). Da mesma forma, o significado do papel de mulher-mãe também é modelado e (re)construído pelos sujeitos que o interpretam em meio e contexto, onde tudo se cria, se mescla e se transformam mutuamente. Tais representações devem ser questionadas e levar em conta a subjetividade da mulher como um ser que possui desejos, sonhos e vontades. Logo, mulheres necessitam ser olhadas em sua individualidade, como seres humanos complexos que são, não apenas como mães (ZAMPIERI, 2010a; VÁZQUEZ, 2014).

2.1.1 A diferença entre maternidade e maternagem

É visível na história da humanidade a relação estabelecida entre as diferenças sexuais de homens e mulheres e o desenvolvimento de seus papéis sociais em várias culturas. Os valores imputados no imaginário

coletivo sobre “ser homem” e “ser mulher”, vão lentamente construindo a identidade do que meninos e meninas podem ou não fazer desde a infância; influenciando diretamente na forma como cada um irá incorporar e interpretar seu papel social (SANTOS, 2011; GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2014; LOPES; CARVALHO, 2017).

Por muito tempo a figura feminina foi representada como sujeito central do lar e tinha como principal responsabilidade, o cuidado para com os filhos e o marido. Na atualidade, embora ocorra uma mudança cultural no estilo de vida feminino, mesclando estudo, trabalho e vida privada, a imposição às mulheres a maternidade e seus ideais ainda se faz presente, fazendo dela uma consequência intrínseca a sua condição (LOPES; DELLAZZANA-ZANON; BOECHEL, 2014).

Tanto o amor materno quanto a maternidade em si, são colocados como próprios da natureza feminina e a “principal” finalidade de seu papel social (CLEMENS, 2015). Tal visão naturalizada da maternidade, postulada desde meados da idade média, constitui-se de uma visão errônea, por se tratar de uma construção histórica e cultural estabelecida, e não propriamente de cunho natural e fatalista (SALES; COUTINHO; SOUZA, 2015). Nas palavras da historiadora francesa Badinter (1985, p.15-16)

O Amor, no reino humano, não é simplesmente uma norma. Nele intervém numerosos fatores que não a respeitam. Ao contrário do reino animal, imerso na natureza e submetido ao seu determinismo, o humano — no caso, a mulher — é um ser histórico, o único vivente dotado da faculdade de simbolizar, o que o põe acima da esfera propriamente animal. Esse ser de desejo é sempre particular e diferente de todos os outros [...]. Hoje, uma mulher pode desejar não ser mãe: trata-se de uma mulher normal que exerce a sua liberdade, ou de uma enferma no que concerne às normas da natureza? Não teremos, com excessiva frequência, tendência a confundir determinismo social e imperativo biológico? Os valores de uma sociedade são por vezes tão imperiosos que têm um peso incalculável sobre os nossos desejos. Por que não poderíamos admitir que quando não é valorizado por uma sociedade, e portanto, não valoriza a mãe, o amor materno não é mais necessariamente desejo feminino?

Dentro deste contexto, os papéis e o significado do ser mulher, bem como da maternidade, vem se modificando ao longo do tempo. Um amplo e inesgotável território de possibilidades que se (re)cria em sua trajetória, sob a influência das vivências, crenças, símbolos e escolhas de cada pessoa. Assim, tal território somente pode ser compreendido quando narrado por aquele que o vivencia, possibilitando a compreensão da complexidade de cada ser humano. Para isso é imprescindível que a escuta acolhedora, bem como o olhar atento ocorra. Salienta-se em conjunto, o respeito à mulher em sua singularidade, na forma como vivem, sentem e compreendem sua experiência de mundo, indo para além dos modelos normativos e suas atribuições que, muitas vezes, as pressionam a assumirem formas impostas de adequação sobre a maternidade (CLEMENS, 2015).

Segundo Clemens (2015), é muito comum as mulheres demonstrarem regozijo por terem engravidado, mesmo quando o sentimento não é compatível com sua fala. Resultado da crença alimentada por elas sobre o que uma mãe deve manifestar, em prol da adesão social. Por se sentirem inadequadas, essas mulheres têm dificuldade de encontrar um local para compartilhar suas histórias, ficando limitadas a função padronizada da “mãe feliz e realizada”.

Em termos de significado, a palavra maternidade tem sentido amplo, representando tanto um estado (ser mãe); uma função biológica (reprodução); um serviço/local onde partos são feitos, uma representação artística, que demonstre a relação consanguínea entre uma mãe e seu filho; ou mesmo uma construção social simbólica, embasada em contextos históricos, sociais, econômicos e políticos distintos que normatiza e assegura o controle opressivo masculino sobre os poderes maternos (LOPES; CARVALHO, 2017; RESENDE, 2017; MENDONÇA, 2017). Enquanto a maternagem, também compreendida como o aspecto sentimental da maternidade, está relacionada ao cuidado, a ternura e a todo afeto que é despendido ao infante por aquele que cuida (GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2014; LANZETTA; BITTENCOURT, 2016; LOPES; CARVALHO, 2017).

Diferente do processo fisiológico gestacional, de condição exclusivamente feminina (e nem sempre optativa), a maternagem é uma escolha gerada de um desejo de servir e cuidar; de se colocar à disposição do outro para acolher e reconhecer suas necessidades (LOPES; CARVALHO, 2017). Em outras palavras, o processo de tornar-se mãe e desenvolver a maternagem “são processos comportamentais que envolvem diferentes momentos e experiências do indivíduo: história e relação com modelos parentais, padrões culturais, apoio social e o acesso

às informações sobre desenvolvimento infantil, por exemplo” (CAMPOS; RODRIGUES, 2015, p. 485). Assim, toda a visão da maternidade e maternagem, define-se como uma expressão humana, constituída ao longo do tempo e a partir de relações sociais (LOPES; CARVALHO, 2017).

2.2 CUIDADOS À MULHER DURANTE O PROCESSO DE NASCIMENTO

As primeiras políticas públicas de saúde, tão essenciais ao século XVIII para o controle social, foram oriundas de momentos marcados pela transformação da Europa em seu âmbito político, social e econômico. Do entrelace entre sociedade, Estado e medicina, os arranjos criados em torno da preservação e do aumento populacional, formaram um novo núcleo familiar que foi organizado em prol das necessidades da criança (COSTA et al., 2010; CASSIANO et al., 2014).

Em resposta às demandas, durante os anos de 1937 a 1945, foi criado o primeiro programa nacional voltado a defesa da saúde materno infantil no Brasil, visando à normatização do atendimento em prol da diminuição da mortalidade materno infantil. Neste período, mãe e bebê eram vistos e assistidos como um único sujeito. A singularidade do recém-nascido até então não era considerada, ficando inserida na atenção voltada a mulher-mãe, sem maiores especificidades (COSTA et al., 2010).

Para o Estado da época, a perpetuação humana atingia patamares de prioridade, uma vez que seu maior propósito era promover o desenvolvimento econômico e uma nação forte e rica. Para isso, foram criadas estratégias de educação voltadas ao estímulo de hábitos higiênicos e morais, visando a diminuição da mortalidade e a promessa de uma nação de grande riqueza e produtividade. Apesar das ações propostas terem gerado um efeito pequeno, o que se constatou foi um grave quadro sanitário e uma redução bem menor do que a almejada nos números de mortalidade (COSTA et al., 2010; CASSIANO et al., 2014).

Já em 1964, com o governo militarista, a saúde de modo geral começou a tomar ares mais individualizados, conquistando em 1975, a implementação do Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI). Uma proposta com ações voltadas para o acompanhamento pré-natal e controle de partos domiciliares, do puerpério e a promoção da saúde da criança. Dentre suas ações, fazia-se presente a institucionalização do parto e a intervenção médica sobre o corpo da mulher, uma tentativa do governo em controlar o desenvolvimento da população, por meio da cesariana e

da esterilização (COSTA et al., 2010; CASSIANO et al., 2014; LEMOS, 2017).

Embora tal programa, de fato, tenha contribuído significativamente para a redução dos números de mortalidade infantil, recebeu fortes críticas do movimento feminista por seu aspecto reducionista. Isto acarretou discussões sociais sobre métodos anticoncepcionais, desigualdade social, sexualidade e também acerca da fragmentação da assistência feminina; voltada única e exclusivamente ao ciclo gravídico (COSTA et al., 2010; CASSIANO et al., 2014).

Foi durante o militarismo que o movimento feminista, impulsionado pela percepção das desigualdades sociais existentes entre gêneros e pela fragmentação da assistência prestada à população feminina, iniciou a busca por estratégias capazes de mudar o quadro existente na época. As mulheres demonstraram, por meio de movimentos sociais organizados, sua insatisfação quanto à violência corporal sofrida em relação ao uso exagerado de cesarianas e esterilizações (CASSIANO et al., 2014, p. 232-233).

Essa forte articulação entre o movimento feminista e a saúde foi, e continua sendo no Brasil, uma grande influência na construção de suas políticas públicas. Assim, em 1983, o MS publicou, junto ao lançamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o documento “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ações programáticas”, a primeira declaração do Governo Federal, que propunha comportar a totalidade feminina, não apenas o binômio mãe-filho. Uma conquista na história das mulheres, que afirmou sua cidadania e direito ao acesso aos espaços públicos (BRASIL, 1983; COSTA et al., 2010; VIEIRA, 2017).

Pela primeira vez, teve-se ações voltadas ao planejamento familiar, sendo amplamente divulgadas pelas secretarias estaduais e municipais de todo o país. Agora, pautadas em atividades educativas, preventivas e de orientação ao atendimento integral à saúde da mulher. Com ela, foi posto em foco aspectos clínico-ginecológicos, que abrangiam desde o período gravídico (pré-natal, parto e puerpério) e climatério, até o tratamento de câncer e doenças sexualmente transmissíveis, com vistas a realização de diagnósticos precoces, o tratamento e a recuperação à saúde.

Dali em diante novos esforços foram feitos, na tentativa de promover mudanças na atenção obstétrica e neonatal. Dentre os principais

objetivos, estavam: a humanização do atendimento ao nascimento, a melhoria na qualidade da atenção prestada e a ampliação da cobertura, a fim de diminuir a morbimortalidade materno e infantil. Tais questões, ganharam visibilidade durante a Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento e Parto, em 1985, na cidade de Fortaleza-Ceará. E tiveram continuidade em outros acontecimentos antagonistas ao modelo tecnicista, como por exemplo a criação da Rede Nacional pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA), em 1993 (BRÜGGEMANN et al, 2011).

No mesmo período, em 1986, ocorreu a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa – Canadá, onde a saúde mundial ganhou nova perspectiva. Os progressos obtidos com a Declaração de Alma-Ata para os cuidados primários, em 1978, fizeram com que uma série de princípios éticos e políticos fossem discutidos e incluídos às ações de saúde. Passou-se então a considerar os fatores políticos, ambientais, econômicos, sociais, culturais, comportamentais e biológicos de cada contexto. Além de compreender os recursos pessoais, sociais e a capacitação dos indivíduos como ferramentas de bem-estar. Por fim, foi designado aos profissionais a responsabilidade de mediar e adaptar essas estratégias de promoção de saúde às peculiaridades de cada região e sistema cultural, respeitando suas diferenças e possibilidades (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Assim, a promoção de saúde foi firmada como um “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo” (CARTA DE OTTAWA, 1986, p.1). Nela, se viu a necessidade de fornecer ambientes favoráveis à experiência, acesso a informação e ao desenvolvimento de habilidades pessoais, que permitissem aos indivíduos terem condições de fazer escolhas sobre sua saúde. Tal proposta exigiu uma ação conjunta entre setores de saúde, governo, sociedade, mídia, indústria e economia (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Em resposta, começaram a ocorrer conferências mundiais sobre a mulher, trazendo marcos fundamentais ao processo de desenvolvimento da saúde feminina. Dentre elas, a IV Conferência das Nações Unidas sobre a Mulher, realizada em Pequim, em setembro de 1995, trouxe avanços de grande influência na promoção dos direitos da mulher. Nela, foram identificadas pela primeira vez, questões como a desigualdade no acesso à educação, às dificuldades de captação de recursos e a desigualdade enfrentada no acesso aos serviços de saúde (VIEIRA, 2017).

A partir disso, foram traçados um conjunto de objetivos para identificar às ações necessárias a resolução desses problemas e delas, três

potenciais transformadores na luta feminina emergiram: o conceito de gênero, as noções de empoderamento e a necessidade do enfoque transversal. Assim, em 1996, a OMS lançou novas recomendações para a implementação de maternidades e casas de parto em várias regiões do Brasil. Agora, firmados em modelos de atenção pautados na humanização e na adoção de práticas obstétricas baseadas em evidências científicas. Desde então, o MS vem criando programas, políticas e portarias que abordando questões específicas relacionadas a saúde da mulher e do recém-nascido (RN) (VIEIRA, 2017).

Entende-se por humanização “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores” (BRASIL, 2017a, n. p). A promoção de um nascimento humanizado saudável, implica na prevenção da morbimortalidade materna e infantil, por meio de uma assistência integral, com o acompanhamento de ambos desde o pré-natal até o parto, incentivando a autonomia da mulher e as práticas de benefício comprovado, a fim de evitar intervenções desnecessárias e de risco (ROVARIS et al., 2018).

Assim, em 1999 a MS cria no âmbito do SUS os Centro de Parto Normal através da Portaria nº 985/GM, priorizando a redução da mortalidade materna e perinatal por causas evitáveis, bem como a humanização da assistência à gravidez, ao parto e puerpério. Além de melhorar a otimização da qualidade da assistência do pré-natal e parto, também lançou no mesmo ano, em conjunto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) (BRASIL, 2017a; VIEIRA, 2017). Seu objetivo, focava em promover, proteger e apoiar o aleitamento materno por meio dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”: um guia de capacitação para toda a assistência hospitalar, que orientava sobre as vantagens e manejo correto do aleitamento, bem como as desvantagens de sua substituição por fórmulas artificiais, mamadeiras e chupetas. Em resposta a essa estratégia, mais de 20.000 hospitais foram credenciados como Hospital Amigo da Criança (HAC) em mais de 150 países (BRASIL, 2008; UNICEF, 2016; VIEIRA, 2017).

Neste período, embora o programa PAISM tenha atuado como um marco para a saúde feminina, muitas dificuldades para sua implementação foram encontradas - política, operacional e financeiramente-, gerando uma queda inferior ao esperado nos índices de mortalidade (ZAMPIERI, 2010b; CASSIANO et al., 2014; VIEIRA, 2017).

Em decorrência das dificuldades tanto no acesso, quanto nos recursos financeiros, estruturais e humanos, foi criada uma nova estratégia em junho do ano 2000: o PHPN (BRASIL, 2000).

Implementado pelo MS pela portaria nº 569, o programa tinha o objetivo de diminuir os casos de mortalidade materna e infantil, servindo como um apoio às mães para sanar dúvidas, anseios e preocupações. Seu intuito era proporcionar um ambiente acolhedor, com uma assistência competente e organizada que assistisse a mulher em suas diferentes fases. Promovesse atividades educativas, visitas domiciliares e, principalmente, o estabelecimento de vínculos entre as mães e os profissionais de saúde, afim de alcançar um parto seguro (PORTO; MARANHÃO; FÉLIX, 2017).

Como atividades complementares, o PHPN incluiu a realização da primeira consulta pré-natal até o 4º mês de gestação, tendo como plano de ação realizar no mínimo 6 consultas durante o período pra melhor acompanhamento da gestante. Também incluiu a consulta no puerpério até 42 dias após o nascimento do bebê, além de exames laboratoriais, vacinas e classificação de riscos gestacionais, em todas as consultas (BRASIL, 2000; COSTA et al., 2010; PORTO; MARANHÃO; FÉLIX, 2017).

Outro marco, foi a realização da I Conferência Internacional Sobre Humanização do Parto e do Nascimento, no ano 2000, em Fortaleza/Ceará.

Após, em 2004, ocorreu o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materno e Neonatal (BRASIL, 2004a) que trouxe em consideração aspectos ainda pouco explorados, voltados aos direitos da mulher e da criança. Como a melhoria na atenção básica, questões de gênero, desigualdade sociais e culturais e aspectos étnicos e raciais; além de incentivar a participação de gestores e organizações sociais no processo. Outro ponto importante, foi o compromisso para a redução das taxas de cesariana no país (líder mundial na aplicação da prática), onde foram adotadas novas políticas públicas de incentivo ao parto natural, uma vez que as taxas de cesariana poderiam estar associadas aos índices de mortalidade materna e infantil (COSTA et al., 2010; CASSIANO et al., 2014).

A partir daí alguns ajustes foram feitos no PHPN, com o objetivo de acolher a mulher do início ao fim da gravidez, por meio de conduta acolhedora. Integrando promoção, prevenção e assistência desde o atendimento ambulatorial básico, até o hospitalar (BRASIL; UNESCO, 2004). Em resposta, surgiu em 2005, a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal por meio da portaria nº 1067. Nela foi frisado a autonomia e protagonismo da mulher sobre o seu processo materno, evitando quaisquer intervenções desnecessárias. Também foi garantindo

a conduta do acolhimento, do bem-estar e do direito ao acesso à atendimentos e assistência de qualidade (BRASIL, 2005).

Outro destaque dessa política, foi a conquista do direito a presença do acompanhante, que mais tarde foi ampliada pela lei nº 11.108, em abril do mesmo ano. Com ela, foi assegurado a mulher o direito de gozar da presença do acompanhante, não apenas nas consultas de pré-natal, mas também durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS (BRASIL, 2005).

Após, foi instituída pela Portaria nº 2.799 em 18 de novembro de 2008, a Rede Amamenta Brasil. Uma estratégia de apoio, promoção e proteção do aleitamento materno, para capacitar os profissionais das Unidades Básicas de Saúde à uma prática mais integradora, no intuito de elevar os índices de amamentação no país. Essa prática, segundo dados da OMS e UNICEF, possui a capacidade de salvar a vida de mais de 820 mil crianças menores de 5 anos de idade no mundo, além de reduzir custos para as Unidades de Saúde, para a família e o governo (OMS; OPAS, 2018).

Como forma de combater a fragmentação da atenção na saúde, foi criada, em 30 de dezembro de 2010, as Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, como uma alternativa de integração e interdependência entre organizações sociais, estatais e empresariais; em prol de garantir a atenção integral com diferentes níveis de complexidade em uma determinada região. Dentre as estratégias relacionadas, dá-se destaque a Rede Cegonha, criada em 2011 pelo MS pela portaria nº 1459. Essa iniciativa, propôs novas formas de atenção à saúde da mulher e da criança, focando todo o processo de parto, puerpério e do desenvolvimento da criança. E visou proporcionar melhor acesso ao sistema, garantia de acolhimento e resolubilidade em prol da diminuição das taxas de mortalidade (BRASIL, 2011; BRASIL 2012 CASSIANO et al., 2014).

Embora os principais objetivos dos programas buscassem estimular a humanização e a melhoria na qualidade dos atendimentos na atenção básica, facilitando o acesso e diminuindo os casos de mortalidade; os números desfavoráveis ainda continuaram exorbitantes. Segundo dados divulgados pela Organização das Nações Unidas (ONU), no ano de 2015 mais de 303 mil mulheres morreram por causas relacionadas a gravidez, revelando um percentual onde apenas 64% das gestantes recebem algum cuidado pré-natal, quatro ou mais vezes durante a gestação. Como consequência, cerca de 2,7 milhões de crianças morreram nos primeiros 28 dias de vida e 2,6 milhões de bebês nascidos eram natimortos (OMS, 2016).

Em resposta ao quadro apresentado, no dia sete novembro de 2016, a OMS emitiu novas recomendações para melhoria dos atendimentos do pré-natal, com o objetivo de oferecer às mulheres uma experiência positiva na gestação de modo a reduzir o risco de complicações na gravidez e a prevalência de natimortos. Como estratégia adotada, este novo modelo aumentou o número de consultas de quatro para oito, sendo que os atendimentos iniciais deveriam ocorrer durante as 12 primeiras semanas, com visitas subsequentes até a 40ª semana (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2016).

Essas medidas foram justificadas por estudos anteriores, onde constatou-se que, um maior número de visitas (e de maior contato com os profissionais), resultava na diminuição da probabilidade de natimortos; reduzindo em até oito casos para cada mil nascidos. Assim, segundo a própria OMS (2016), as novas recomendações tiveram por finalidade complementar as orientações já existentes, refletindo à natureza complexa decorrente da prática dos cuidados pré-natais e seus desafios. Estas priorizam a saúde e o bem-estar das mulheres, onde se espera que os cuidados fornecidos a elas lhes proporcionem uma experiência positiva durante a gestação, e não apenas a prevenção da morte e morbidade.

Em definição,

uma experiência positiva durante a gravidez significa uma normalidade física e sociocultural [...] Uma transição eficaz para o trabalho de parto e o parto e uma maternidade positiva (incluindo a autoestima materna, a competência e a autonomia) [...] Dentro do ciclo dos cuidados de saúde reprodutiva, os cuidados pré-natais (CPN) constituem uma plataforma para importantes funções dos cuidados de saúde, incluindo a promoção da saúde, o rastreamento, o diagnóstico e a prevenção das doenças. Está comprovado que, com a implementação oportuna e adequada de práticas baseadas em evidências, os CPN podem salvar vidas. Em última análise, os CPN constituem ainda uma oportunidade para comunicar e apoiar as mulheres, as famílias e as comunidades, em fases críticas da vida das mulheres (OMS, 2016, p.1).

Portanto, o papel de todos os profissionais da saúde envolvidos, consiste em estabelecer um vínculo de confiança, proporcionando acolhimento, liberdade e expressão dessas mulheres, de modo que possam

falar sobre suas expectativas, medos, dúvidas e sentimentos, a fim de evitar consequências negativas no período (CAMPOS; ALMEIDA; SANTOS, 2014). É de extrema importância, o respeito para com a mulher e sua família, preservando sua privacidade, acolhendo suas dificuldades de modo sensível e adotando uma postura acolhedora e receptível às suas necessidades, sem julgar as decisões feitas pela mãe e por seus familiares (GALVÃO; JÚNIOR; MONTEIRO, 2015).

Deixa-se claro

a importância de estabelecer uma comunicação efetiva com as mulheres grávidas acerca de questões fisiológicas, biomédicas, comportamentais e socioculturais, e de um apoio respeitoso e efetivo, incluindo seus aspectos sociais, culturais, emocionais e psicológicos. Estas funções de comunicação e apoio aos CPN são essenciais, não só para salvar vidas, mas também para melhorar a vida (OMS, 2016, p.1).

Segundo as recomendações preconizadas pelo MS, “é dever dos serviços e profissionais da saúde acolherem com dignidade a mulher e o recém-nascido” (BRASIL, 2005, p. 25), garantindo o acompanhamento, a realização de exames, dentre outros serviços assistenciais, assegurando o desenvolvimento gestacional saudável e evitando impactos para a saúde da mulher e do bebê. Por meio de abordagens preventivas e educativas, os serviços devem buscar oferecer suporte técnico e psicossocial para o bem-estar da mulher e de seus familiares. Além de trazer atividades de aprendizado sobre o processo de gestação, a importância do pré-natal, tipos de parto, aleitamento materno, dicas de alimentação, atividade física, cuidados pessoais e com o bebê, dentre outros.

Assim, devem propiciar o esclarecimento de dúvidas, troca de experiências e promover um espaço educativo que estimulem a mulher a assumir o protagonismo da gestação, parto e nascimento de forma saudável. Além de compartilhar com outras mulheres experiências, vivências e conhecimentos, onde possam aprender, ensinar e também fazer escolhas (GOEDERT, 2013)

Em definição, a educação em saúde consiste em um “processo político e pedagógico que leva ao desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo e à autonomia do ser humano” (ROVARIS et al., 2018, p. 18). É um conjunto de ações que facilita a adoção de atitudes e hábitos saudáveis em prol da qualidade de vida e torna os seres humanos capazes de decidirem sobre seus cuidados (ou da coletividade) e promover

mudanças por meio do conhecimento; um elemento crucial à promoção da saúde. Logo, percebe-se que sua realização está condicionada às ações e informações que são transmitidas aos indivíduos, ficando o profissional de saúde com a responsabilidade de transmiti-las para que os objetivos da educação em saúde sejam alcançados. Entretanto, no cotidiano profissional, principalmente das unidades de saúde, ainda são presenciadas ações voltadas unicamente ao aconselhamento familiar, cujo foco destina-se somente ao planejamento reprodutivo, o aleitamento materno e os cuidados ao recém-nascido, (SANTOS, MAZZO, BRITO, 2015).

Estas condutas, de acordo com Galvão et al. (2015, p. 57-58), baseadas apenas nos aspectos físicos não são suficientes e precisam ser potencializadas “pelo entendimento dos processos psicológicos e também culturais que permeiam o período”. Cabendo a toda a equipe de saúde o dever de acolher a mulher para uma assistência mais qualificada.

Foi pensando nestas questões, que o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), recomenda/colabora com a criação de grupos de apoio ou grupos de gestantes e/ou casais grávidos, visando um espaço de troca e aprendizado entre gestantes, seus companheiros e profissionais garantindo seu bem-estar. Além disso, atuaria como uma estratégia auxiliar, que assegurasse seus direitos preconizado pelo sistema de saúde (BRASIL, 2005a; LEITE et al., 2014; LIMA et al., 2018).

2.2.1 Grupo de gestantes e/ou casais grávidos

De forma generalizada, a formação de um grupo representa um agrupamento de pessoas que interagem entre si e se influenciam, a fim de alcançar um objetivo comum. Quando um grupo de apoio ou de suporte à saúde é formado, tem como meta auxiliar pessoas em períodos de adaptação, seja no tratamento de doenças, crises na transição de uma fase importante da vida (como a gestação) ou mesmo na simples manutenção da saúde (VIEIRA, 2017).

Para que o grupo aconteça é preciso criar um ambiente acolhedor, respeitoso e de partilha (incluindo também a presença da família no processo), bem como ser encorajado a reflexão e o aprendizado de novos comportamentos. Por meio dessa ferramenta de cuidado, é possível identificar as necessidades dos participantes em seu próprio contexto, compartilhando informações, oferecendo orientações e suporte de acordo com suas peculiaridades e demandas. Assim, é uma ferramenta favorável a promoção da saúde e a prevenção de agravos, que pode ser desenvolvida de diferentes formas (VIEIRA, 2017; LIMA et al., 2018).

Como estratégia para possibilitar este momento de reelaboração pessoal, os grupos de gestantes e/ou casais grávidos, têm como premissa básica um ambiente que favoreça a participação da comunidade a interação direta com os profissionais da saúde, estimulando trocas de saberes, informações, impressões e questões vivenciadas (NASCIMENTO, 2016). “Essas trocas podem mudar a compreensão de alguns fatores e contribuir para atitudes mais saudáveis na resolução de problemas” (VIEIRA, 2017, p.31).

Esses grupos, conforme comentam Zampieri et al. (2014), trazem como diferencial a possibilidade de criar um espaço terapêutico para as mães (e acompanhantes) ao propiciar um local que lhes permita a reelaboração de seus sentimentos, medos, dúvidas e dificuldades; aprendendo por meio das trocas e das interações com outras pessoas que vivenciam a mesma situação, a transformá-los e superá-los. Assim, aprendem, se reconhecem na narrativa do outro, podendo transpassar suas próprias narrativas, compreendendo mais sobre si, seus limites e suas capacidades, em uma transformação mútua.

É mediante esses encontros, segundo Queiroz, Cerqueira e Mendonça (2015), que se articulam as construções tribais (ou grupais): pessoas que, embora com histórias distintas, possuem interesses semelhantes a determinados assuntos, sobre os quais desejam refletir, criticar, superar limitações e desenvolver novos saberes, a fim de reconhecerem seus papéis sociais. Tal experiência de troca, conforme descreve Nascimento (2016), é inerente aos seres humanos, principalmente quando se encontram em um estado de necessidade de identificação e pertencimento.

Nestes grupos os conteúdos desenvolvidos, dizem respeito as mudanças do processo gestacional, parto e puerpério, cuidados puerperais e com o bebê, dicas referentes a hábitos alimentares, sexualidade na gestação e no pós-parto, aspectos emocionais emergentes no processo, tipos de parto e sua recuperação, amamentação, entre outros levantados pelas próprias mulheres. Também ensina técnicas não invasivas para o bem-estar da mulher, como massagens, posições para o parto vaginal, exercícios físicos e técnicas de respiração. Tudo voltado a mulher e/ou casal grávido, buscando aumentar sua própria autonomia (ZAMPIERI, 2010c; NASCIMENTO, 2016).

Nos grupos, ao serem abordados os aspectos sobre os períodos de transformação, a aproximação entre os profissionais de saúde e as mulheres se estreita, favorecendo espaço às trocas assistidas que permitem o conhecimento e o desenvolvimento de um cuidar próprio, que abarque todo o contexto biopsicossocial da mulher e do casal

(HENRIQUE et al., 2015). Tal cuidado transforma-se em segurança, em habilidade de gerir suas próprias escolhas e tomadas de decisões, diminuindo ansiedades e intervenções desnecessárias. Além disso, possibilita desmistificar crenças e falácias preocupantes e a emancipação da passividade (NASCIMENTO, 2016).

Para Henrique e colaboradores, (2015, p. 26) “as atividades grupais com gestantes remetem a uma melhor vivência da mulher do processo gravídico-puerperal, no momento em que ela passa a conhecer melhor tanto a si mesma, como também ao feto que cresce em seu ventre”. Na visão dos autores, a abordagem do conhecimento compartilhado em grupo é singular no quesito de promover o entendimento do processo vivido, agindo como um complemento durante o período de ajustamento e mudança. Elas também viabilizam o vínculo com os profissionais, tornando “o pré-natal um momento no qual a gestante tem mais conhecimento sobre a situação vivenciada e contribui assim para uma assistência de qualidade no pré-natal, parto e puerpério” (GOEDERT, 2013).

Esta comunicação estabelecida entre sujeitos, para a saúde, é um instrumento de cuidado fundamental e permeia todas as ações dos profissionais de saúde em cada orientação, apoio e atenção daquele que é cuidado. Diante de tudo isso, fica claro a necessidade da reflexão sobre os processos estabelecidos dentro desses grupos, afinal, é por intermédio da comunicação que os seres humanos expressam seu eu, com toda a bagagem de valores que os compõem (QUEIROZ; CERQUEIRA; MENDONÇA, 2015).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Minayo (2014, p. 187), o conceito de referencial teórico, ou marco teórico-conceitual, traduz-se como o “discurso argumentativo do pesquisador, apresentando os principais conceitos, categorias e noções com as quais vai trabalhar”. Mostram o estado do conhecimento e os pressupostos orientadores de sua linha de pensamento. Portanto, em função deste tema investigar a lógica da significância atribuída à maternidade por mulheres participantes de um grupo de gestantes e/ou casais grávidos, um campo de interações sociais e simbólicas, optou-se por desenvolver esta investigação norteada pelo Interacionismo Simbólico (IS).

Essa abordagem, segundo Minayo (2014), pode ser compreendida como uma vertente da etnometodologia e seu conjunto de estratégias criadas para descrever minuciosamente o objeto investigado. Ela preconiza a observação direta e o detalhamento descritivo dos fatos, das pessoas, da cultura onde ocorrem das relações das pessoas com o meio. Assim, o IS também adere a essas estratégias, direcionando sua compreensão às estruturas simbólicas e racionais envolvidas no comportamento e nas relações humanas.

A seguir, iremos discorrer um pouco mais sobre as bases desta teoria, seus idealizadores, influências e pressupostos, alinhando-os em uma breve contextualização histórica.

3.1 INTERACIONISMO SIMBÓLICO

George Herbert Mead (1863-1931), fundador do IS e um dos grandes expoentes do Pragmatismo. Tornou-se uma figura de destaque para a filosofia americana (ENNES, 2014), trazendo para o campo de reflexão, o âmbito do contexto, a relação entre a experiência e as condições onde a mesma se origina. Em seu breve histórico, após mudar-se para Chicago, Mead rapidamente passou a ocupar a função de professor no Departamento de Filosofia e de Psicologia na Universidade de Chicago, onde desenvolveu toda sua carreira como pesquisador e docente. Em partilha teórica com outros pesquisadores pragmáticos, como William James, Charles Pierce e John Dewey; Mead construiu seus ideais “nas articulações que se estabelecem entre os indivíduos e a sociedade” (SOUSA, 2013, p.6), centrando-se nas premissas da comunicação como um “ato social”.

Tais ideias, emergiram em decorrência dos processos de urbanização e industrialização, vivenciados pelos Estados Unidos da

época, que trouxe ao campo, questões latentes às sociedades de massa, como delinquência e imigração. Nesta época, a Universidade, em contrapartida, também os interacionistas foram fortemente influenciados pelos ideais religiosos cristãos e protestante em sua primeira fase, no qual, direcionaram seus pensamentos filosóficos “a ação social (no sentido da intervenção na sociedade), em razão da perspectiva normativista cristã-protestante” (ENNES, 2014, p. 68); juntamente com os ideais filosóficos advindos do pragmatismo e do evolucionismo.

O pragmatismo, originário das últimas décadas do século XIX, surge em embate ao uso do pensamento da metafísica (ideias derivadas exclusivamente das experiências físicas, sem conceber a possibilidade de concepções inatas) e o nominalismo racional (pensar a realidade como derivada das ideias) nos ramos da filosofia da época. Busca a reflexão sobre as consequências práticas resultantes da adoção deste ou daquele sistema de pensamento, ao compreender que a realidade se modifica, conforme o “ângulo” escolhido. Desse modo, o pragmatismo se propõe como um “método” que atua pela perspectiva de algo em formação, ou seja, “as proposições são pensadas a partir de “testes” que nos possibilitem verificar suas consequências” (SOUSA, 2013, p.05).

Como resultado, Mead destacou-se por sua originalidade na abordagem da interação simbólica e da constituição social do *self*, onde a mente, a consciência e o *self*, são construções da convivência social, nos quais estruturam-se simbolicamente em bases inter-relacionais e subjetivas. Destas articulações, o autor salientava duas formas ou níveis de interação social nas sociedades, denominando-os de “conversão dos gestos” e “o uso de símbolos significantes” (ou “interações simbólicas”) (SOUSA, 2013; MINAYO, 2014).

Para ele, os gestos e os gestos significantes seriam as bases fundamentais dos processos sociais. Assim, um ser humano, com seus gestos, afeta outro ser humano. Quando um gesto contém elementos da ordem do simbólico, ele difere dos demais, pois contém significados intrínsecos, tornando-o um gesto fundamental em sua comunicação. Assim, a comunicação, para Mead, representa uma (inter)ação de características particulares, referente a uma relação de partilha ocasionada por meio da linguagem. Nessa perspectiva, os sujeitos envolvidos, não são apenas indivíduos reagentes a um determinado estímulo; mas sim, são seres pensantes, com capacidade de prever, adaptarem-se e formularem novos gestos significativos diante de novas situações (SOUSA, 2013).

Deste modo, para que um indivíduo possa comunicar-se com um coletivo, ele precisa internalizar as atitudes, os gestos e símbolos pertencentes aquele grupo social. Deste modo, ele adota para si, a mesma

atitude que a comunidade adota em relação a todos que a compõe e, conseqüentemente, também a ele (CASAGRANDE, 2016). Da mesma forma, uma mulher inserida em uma determinada cultura, adota atitudes, gestos e características de outras mulheres que fazem parte do seu meio social (mães, avós, irmãs, tias, amigas, professoras, atrizes), construindo sua identidade, a partir do modo como estas mulheres se portam em relação a ela e ao meio na qual vivem (CAMPOS; ALMEIDA; SANTOS, 2014).

Contudo, para que um gesto seja significativo dentro dessas relações, ou seja, inteligível para mais de um integrante do grupo, é necessário que ele seja internalizado, não apenas por quem o faz, mas também por quem o traduz. Por conseguinte, cada indivíduo humano necessita desenvolver diversos mecanismos que serão internalizados em consequência dos gestos e atitudes de outras pessoas. Em outras palavras, “ao tornar-se parte de um grupo, o indivíduo assume um modo de linguagem [...], passando a comunicar-se de modo semelhante aos outros membros do grupo” (CASAGRANDE, 2016, p.384). Tal postulado, central na obra de Mead, centraliza a relação entre indivíduo e sociedade como um estado de indissociabilidade, colocando-os em uma construção mútua.

Segundo Casagrande (2016, p.381), esta “indissociabilidade sujeito-sociedade implica, por consequência, o reconhecimento do caráter intersubjetivo da vida humana”, que é gerada a partir da interação simbólica. Assim, Mead entende que a consciência de “si mesmo” surge em resposta às relações com os outros, mediante a internalização de expectativas e papéis sociais generalizados. Estas relações estabelecidas pelo meio, ao qual ele pertence, constroem uma concepção arquetípica generalizada de como algo deve ser. Em suma, é a representação simbólica da vontade, dos sentimentos e das crenças daquele coletivo que servem a seus componentes humanos, como fonte de orientação para suas atitudes seguidas quando em contato com um processo social específico. No caso da maternidade, como uma “boa mãe” deve fazer e ser.

Em consequência, o comportamento coletivo é o propulsor dos fenômenos sociais, deriva de seu estado de inquietação, onde os indivíduos refletem o estado sentimental de outros indivíduos, agregando-os e amplificando-os em seus próprios sentimentos. Essas formas de agrupamentos coletivos, ou “massa”, são elementos espontâneos emergentes em uma situação de ajustamento, no qual, passam a operar fora do contexto das regras pré-estabelecidas pelo grupo ou pela cultura social. A partir dessas “massas”, originadas da insatisfação, são criados os movimentos sociais, como um processo de “empreendimento

coletivo”, no qual busca-se desenvolver uma nova organização social com novas regras, valores, cultura e lideranças estabelecidas (NUNES, 2013). Como forma de ilustração, em pequena e grande escala, podemos citar o movimento do feminismo e suas indagações ao modelo impositivo à figura da mulher; e os próprios grupos de gestantes e/ou casais grávidos como locais de desenvolvimento e reelaboração coletiva.

Este processo, que se utiliza dos significados de algo pela interpretação do mesmo, possui duas fases: a primeira consiste na identificação e na definição de quais elementos interagir - Aqui tem-se um processo social interiorizado, onde o indivíduo (ou agente) interage consigo mesmo-; a segunda, proveniente do período prévio de comunicação interna, refere-se ao decorrer do processo de interpretação ou manipulação de significados, no qual o agente seleciona, modera, sustenta, organiza e transforma os significados perante seu ponto de vista da situação e da condução de seus atos. Neste sentido, trata-se de um processo de elaboração, tanto interna quanto coletiva, que pode ser sustentado e manipulado dependendo do contexto e da forma que os indivíduos interagem com cada elemento. Por conseguinte, o ato da interpretação não deve ser aqui considerado como uma “mera aplicação automática de significados existentes, mas sim como um processo formativo em que os significados são utilizados e trabalhados para orientar e formar as ações” humanas (BLUMER, 1980, p.122).

Embora Mead tenha sido precursor desta teoria, registrando-a em sua obra: *Mind, Self and Society*; foi seu discípulo mais fiel, Herbert Blumer, o responsável pela criação do termo Interacionismo Simbólico, em 1974. Logo após o falecimento de seu mestre, Blumer, em conjunto com alguns alunos, realizou uma ampla compilação de todos os registros sobre o tema obtidos durante as aulas e palestras, ministradas por Mead. Resumindo suas bases na obra “*Symbolic Interactionism: Perspective and Method*”. Blumer pode então oferecer à corrente deste pensamento, o que Mead não havia conseguido fazer: a construção sistemática da abordagem interacionista. Embora declare-se fiel ao pensamento de Mead, considerando-o o principal responsável por estabelecer os fundamentos interacionistas, foi seu compilado teórico que possibilitou o surgimento da fundação da Sociedade para o Estudo do Interacionismo Simbólico (*Society for the Study of Symbolic Interactionism*), o que possibilitou a perpetuação, e o estudo, desta teoria até os dias de hoje (MINAYO, 2014; CASAGRANDE, 2016; BRUNO; ALVES; FERREIRA, 2017).

De modo sintético, de acordo com Blumer (1980, p.119), o IS baseia-se em três premissas básicas:

- 1 Os seres humanos agem em relação ao mundo, fundamentando-se nos significados que este lhes oferece;
- 2 Os significados de cada elemento são provenientes da ou provocados pela interação social que se mantém com as demais pessoas;
- 3 Tais significados são manipulados por um processo interpretativo (e por esse modificados), utilizado pela pessoa ao se relacionar com os elementos com que entra em contato

Assim, todo o fundamento do IS (ou imagens-raiz como chamado pelos interacionistas), consiste basicamente na descrição da natureza dos: grupos ou sociedades humanas; na interação social entre eles; no ser humano como agente; e nas atividades humanas e a conjugação das linhas de ação.

3.1.1 Grupos humanos

Os grupos humanos, na visão interacionista, representam seres humanos em constante ação. Esta ação é compreendida como a afinidade de atividades desempenhadas pelos indivíduos ao entrarem em contato uns com os outros (ou com situações de enfrentamento), sempre que uma ação é necessária no decorrer de sua existência, podendo elas serem realizadas de forma isolada ou coletiva. Desta forma, a configuração dos grupos sociais, ou sociedades humanas, consistem em grupos em ação, no qual necessitam ser considerados como relativos à ação.

Assim, as chamadas estruturas sociais, representam os fatores referentes às relações derivadas do modo como os seres humanos agem e interagem uns com os outros, gerando fatores como posição social, *status*, papéis sociais, autoridade, entre outros, que muitas vezes caracterizam toda uma cultura e seus comportamentos. Esta cultura, definida como um conjunto de normas, costumes, tradições e conceitos afins equivale, e é proveniente desses atos, desta constante ação humana. Em outras palavras, a vida de qualquer sociedade equivaleria a um processo contínuo de ajustamento das ações de seus membros e sua estrutura social (BLUMER, 1980). No caso da mulher, as interações que ocorre na sociedade constroem e perpetuam os valores do que significa “ser mulher” enquanto papel social e comportam em si, questões relativas a ela, como a maternidade, a maternagem e suas condutas de comportamento. Do mesmo modo, os grupos de gestantes e casais

grávidos representam uma estrutura social em ação, onde diferentes pessoas interagem, se comunicam e revelam os símbolos que traduzem sua realidade.

3.1.2 Interação social

O segundo fundamento abordado pelo interacionismo, representa o princípio básico para a existência da vida em grupo: interagir uns com os outros. Este processo interativo, equivale ao momento de base, no qual se forma o comportamento. Em outras palavras, segundo esta visão, para que a interação entre dois indivíduos ocorra, é necessário que ambos considerem o que cada um faz ou está para fazer, dirigindo e manipulando a situação de forma conjunta. Assim, uma mesma atividade outrora de conduta própria, diante das ações de outros agentes, pode mudar seus objetivos e intenções; sendo modificada, intensificada ou até substituídas após análise e interpretação.

É neste momento que a interação simbólica ocorre, quando o agente reage diretamente à ação de outra pessoa, tornando-a a própria interpretação do ato. Ou seja, a ação exercida por parte daquele que reage, advém da interpretação e da análise sob o significado do ato do outro; podendo este mesmo ato ter seu significado modificado, segundo o contexto que se manifesta. Desta forma, o sujeito reagente organiza sua resposta, conforme o significado atribuído aos gestos que lhe são direcionados. Neste caso, o agente (aquele que transmite os sinais), indica o que tenciona fazer para que o reagente (aquele que interpreta o sinal) o compreenda e aja.

Assim, o mesmo gesto/sinal irá possuir significado, tanto para o agente, quanto para o reagente, havendo compreensão mútua somente quando ambos referirem o mesmo significado para o mesmo gesto. Deste modo, verifica-se que o significado transmitido pelo gesto em questão percorreu três caminhos: 1) A intenção do gesto por parte daquele que o transmite; 2) O que se espera que a pessoa reagente faça; 3) a Ação conjunta, criada a partir da articulação dos atos de ambos.

Cabe ressaltar que, embora tenhamos aqui descritos os passos do processo da interação simbólica, é importante salientar que a interação não-simbólica também existe. Ela é facilmente observada quando vista sob a forma de reações reflexas, no qual a interpretação, a análise, não acontecem. Isto ocorre todas as vezes que os seres humanos, de modo imediato e irrefutavelmente, reagem às ações uns dos outros (tom de voz, expressão corporal, entre outros) sem qualquer análise, desconsiderando por completo os significados e as intenções ali contidos. Um exemplo

clássico, é a resposta dada pela imitação do discurso dominante, a ordem do “tenho que”, no qual a reação parte da irreflexão, desconsiderando o real significado internalizado. No caso da realidade materna, podemos citar a reprodução de comportamentos considerados comuns à uma mãe, sem que haja a vontade verdadeira de fazê-lo. Ela simplesmente os realiza, repetindo a ação esperada pelo coletivo, sem maiores questionamentos, devido a crença de que deve fazer aquilo.

De forma geral, o IS defende a ideia de que “universos” se compõem de “objetos”, sendo estes, produtos originados da interação simbólica. Aqui, compreende-se por objeto tudo o que for passível à indicação, evidência ou referência, podendo ser de ordem física (cadeira, árvore, carro); social (estudantes, mãe/pai, padeiro, amigo); ou abstrata (princípios morais, doutrinas religiosas ou filosóficas, conceitos, justiça, compaixão). Assim, “a natureza de todo e qualquer objeto compreende o significado que possui para a pessoa para quem constitui objeto” (BLUMER, 1980, p.127), determinando sua maneira de ver, agir e comentar sobre ele.

Portanto, o mesmo objeto pode possuir diferentes significados para diferentes pessoas, sendo gerado a partir da maneira pela qual, o mesmo, é definido por outros com os quais interage. Nas palavras do autor “através de indicações de outrem, aprendemos que uma cadeira é uma cadeira, que os médicos são um determinado tipo de profissional liberal e que a Constituição dos Estados Unidos é um tipo específico de documento, etc.” (1980, p.128). Vemos então que, na visão interacionista, o ambiente se constrói a partir dos objetos que os seres humanos identificam e conhecem, sendo determinado pelo significado que tais objetos propiciam aos seus indivíduos. Em consequência, vários grupos podem ocupar o mesmo espaço geográfico e estarem habitando universos completamente diferentes.

Por encontrar-se atrelado aos objetos e ao significado representado nos mesmos, as atitudes humanas somente podem ser compreendidas quando identificadas em seu universo. Esses mesmos objetos (e seus significados), como comentado anteriormente, são criações sociais, gerados a partir de definições e interpretações decorrentes das interações humanas. Tal significado é então, formado, assimilado e transmitido por um processo de indicação que se transmite socialmente pelo grupo. Assim, a coexistência grupal e suas interações simbólicas, representam um contínuo formar, manter e transformar de objetos, na medida que lhes atribui significado (BLUMER, 1980).

3.1.3 O ser humano como um organismo agente

Como observado anteriormente, para o IS, as sociedades representam grupos humanos em ação, ou seja, composto por indivíduos agentes “que não apenas reage a outrem no nível não-simbólico, como também lhes fornece indícios e interpreta suas indicações” (BLUMER, 1980, p.129). Tal processo só é possível, devido ao fato dos seres humanos serem possuidores de um “eu”, capazes de se colocar como foco de sua própria ação e se identificar, interpretar e assim, se orientar em suas ações, tanto para consigo, como com outras pessoas, segundo a imagem que constrói de si mesmo. Desta forma, o “eu-objeto,” como colocado pelos autores, se dá pelo processo de interação social, no qual o outro torna-se espelho de definição para o próprio indivíduo.

Mead descreve esse processo como uma necessidade humana de se visualizar à distância, usando o outro como ponto de referência. Ao mirar-se no lugar de outra pessoa, considerando-se do seu ponto de vista, o papel assumido atua como uma ferramenta de aproximação de si mesmo; “objetificando-se” por intermédio da forma como os outros o veem, ou o definem. Como exemplo, Blumer cita a imagem da menina que “ao “brincar de mamãe” fala sozinha da maneira como sua mãe o faria” (1980, p.129).

Assim, para IS, os seres humanos são sociais de modo profundo, não simplesmente respondendo às ações, mas sim, verificando aquilo que observam, atribuindo-lhes valor e significado para, então, fundamentar e dirigir suas ações em relação a ele. Portanto, corresponde à uma ação interpretada e originada de seu próprio processo de auto interação (BLUMER, 1980).

3.1.4 Atividade humana e conjugação das linhas de ação

Basicamente, cada ato manifestado por parte de um ser humano deriva da atenção dada a todos os elementos que observa e maneira que os interpreta, ou seja, seus atos serão conduzidos de acordo com os elementos encontrados e o significado dado a cada um deles. Nestes elementos, estão contidos inúmeros aspectos que irão determinar sua linha de ação, como por exemplo: seus objetivos, os meios disponíveis para a execução destes, seus desejos e necessidades, a imagem que faz de si mesmo, a ação dos outros e o provável resultado de uma determinada ação frente a aquele elemento.

Destarte, todo o seu comportamento é orientado e construído por meio desse processo de indicação e interpretação. Logo, ao trazer ao campo do grupo de gestantes e/ou casais grávidos, os elementos

observados pelas mães e seus significados, torna-se possível analisar a forma como elas conduzem suas ações frente aos elementos da maternidade, sua influência no bem-estar e, conseqüentemente, seus impactos na saúde. Possibilita-se a discussão de elementos desencadeadores de sofrimento, trazendo-os a luz da reflexão e da resignificação. Assim, diante da expressão dos significados “certas linhas de ação podem ser iniciadas ou encerradas, abandonadas ou adiadas, confinadas à mera intenção ou a realidades íntimas de fantasia; ou, se porventura forem iniciadas, podem se transformar” (BLUMER, 1980, p. 132). Logo, ao investigar os significados da maternidade e as influências vividas na sua construção, torna-se possível compreender seu impacto sobre as mães e transformá-los em algo positivo para a saúde.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

No presente capítulo será realizada a descrição e o detalhamento dos métodos que foram utilizados na condução desse estudo, intencionando a possibilidade de sua reprodução, bem como o estabelecimento de seu rigor científico e cuidados éticos.

4.1 TIPO DE ESTUDO

A presente pesquisa, segundo os parâmetros classificatórios de Gil (2017), desenha-se como um estudo de natureza qualitativa, por buscar a compreensão dos fenômenos observacionais de uma realidade socialmente construída. Também é exploratório-descritiva quanto ao objeto, por intencionar obter maior conhecimento e descrever a realidade investigada.

De modo geral, para Minayo (2014), os métodos de abordagem qualitativa referem-se às estratégias adotadas quando o pesquisador pretende investigar as relações, representações, opiniões e percepções, advindos das interpretações que os seres humanos fazem em relação a si mesmos, seu modo de vida, sua realidade, pensamentos, sentimentos, dentre outros. Ela propicia maior conhecimento dos processos sociais, possibilitando a elaboração de novas abordagens e conceitos; além de fornecer ao pesquisador flexibilidade durante o processo de investigação. Costuma ser realizada pela sistematização progressiva e pelo conhecimento advindo da experiência, onde se adentra a lógica interna do contexto investigado até a sua compreensão simbólica. Para isso, é comum que algumas estratégias específicas sejam adotadas, como por exemplo, às abordagens exploratória e descritiva.

O método exploratório, conforme Gil (2017), é a aproximação do pesquisador com a realidade ou objeto que se deseja investigar, principalmente quando há pouca ou nenhuma informação sobre o assunto. Ela viabiliza maior aprofundamento e familiaridade com o problema apresentado, buscando torná-lo explícito para a construção de hipóteses, sem qualquer finalidade comercial. Portanto, trata-se de um levantamento que visa incrementar ou suprir lacunas do conhecimento científico.

Já a pesquisa descritiva, como o próprio nome sugere, preconiza a descrição e o detalhamento de determinados fenômenos ou grupos sociais, tendo como finalidade a identificação de possíveis relações entre agentes e variáveis. É um método que atua pela narrativa dos fatos, cujo foco de estudo direciona-se às características sem, contudo, interferir ou buscar explicar os “porquês” da realidade investigada (GIL, 2017).

4.2 CONTEXTO DO ESTUDO

O cenário de uma pesquisa corresponde a demarcação do objeto que se pretende investigar, sendo seu campo, o recorte espacial da abrangência empírica, onde este objeto se desenvolve (GIL, 2017). Desta forma, por intencionar a investigação do significado da maternidade e suas influências sobre a saúde de mulheres interagentes; o contexto deste estudo foi o do Grupo de Gestantes e Casais Grávidos, oferecido gratuitamente pela UFSC.

Este grupo é um projeto de extensão educativo e interdisciplinar, coordenado pelas docentes do Departamento de Enfermagem, em parceria multidisciplinar com o Serviço de Psicologia da Maternidade do Hospital Universitário (HU), uma socióloga, bolsistas e discentes de várias áreas do conhecimento (ZAMPIERI et al., 2016; VIEIRA, 2017; LIMA et al., 2018). É uma referência estadual que acontece desde 1996, cujos princípios são pautados nos pressupostos da filosofia da maternidade do referido hospital; contemplando a humanização do cuidado, a autonomia e a interdisciplinaridade em saúde (ANEXO D).

Seu público alvo são gestantes a partir do terceiro trimestre de gestação e seus acompanhantes (pessoas de significado para a mulher: parceiros, familiares, amigos, dentre outros). Têm como principal objetivo desenvolver atividades educativas voltadas ao processo de gestação, parto e nascimento; criando um espaço de assistência, ensino e aprendizagem entre seus integrantes (ZAMPIERI et al., 2016; VIEIRA, 2017; LIMA et al., 2018; ROVARIS et al., 2018).

A divulgação dos grupos é feita principalmente por indicação de participantes anteriores e por cartazes distribuídos pelo ambulatório da maternidade do HU e Departamentos da Universidade. Também conta com a difusão da mídia de Florianópolis e da Agência de Comunicação da UFSC (AGECON) (ZAMPIERI et al., 2016).

Todos os grupos são abertos à comunidade e cada inscrição é realizada diretamente com o serviço de Psicologia da maternidade do HU por telefone, ou presencialmente. As inscritas são contatadas pelas bolsistas com cerca de duas semanas de antecedência ao início das atividades, ocasião em que são informadas do local, data e o horário dos encontros. Em média, cada grupo comporta cerca de 25 gestantes, mais os acompanhantes, nos quais permanecem em convivência coletiva durante o período de dois meses, até a proximidade do parto. Esse número vem aumentando com o tempo, devido a crescente procura de mulheres

pelo grupo (ZAMPIERI, 2010d; ZAMPIERI et al., 2016; VIEIRA, 2017; LIMA et al., 2018; ROVARIS et al., 2018).

Por ser realizado nas dependências de uma Universidade, o grupo é uma atividade de extensão articulada ao ensino e pesquisa. Assim sendo, logo no primeiro dia os participantes além de preencherem uma ficha de inscrição, contendo informações sociodemográficas (idade, escolaridade, situação conjugal, religião, dentro outros) (ANEXO A) e obstétricas (número de gestações, pré-natal, planejamento da gravidez, dentro outros), também são convidados a assinarem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B), onde permitem a utilização de seus relatos (sejam eles escritos, gravados ou falados durante as atividades do grupo) para a elaboração de pesquisas (LIMA et al., 2018; ROVARIS et al., 2018).

Após o esclarecimento de algumas informações, é realizada uma breve apresentação dos profissionais de saúde e integrantes. Neste momento cada gestante e acompanhante pontua suas expectativas, dúvidas e conteúdo que gostariam de discutir durante os encontros. A partir do levantamento dos temas de interesse, é elaborado um cronograma personalizado, que é enviado a todos em um espaço eletrônico criado especificamente para cada grupo, no aplicativo *WhatsApp*⁸ (ZAMPIERI et al., 2016).

Nesse espaço, são incentivados o compartilhamento dos relatos de parto e a interação entre as participantes, para além dos encontros semanais. Também é estimulada a troca de informações, experiências, dúvidas e a formação de vínculo entre as interagentes, mesmo quando as atividades chegam ao fim. Esse espaço permanece disponível por tempo indeterminado e serve como rede de apoio aos integrantes, ficando ao critério deles sua continuidade ou encerramento (ZAMPIERI et al., 2016).

Os encontros têm seguimento na semana seguinte e são organizados em três momentos. No primeiro ocorrem as atividades de conscientização corporal para obtenção de relaxamento, melhora da respiração, técnicas de massagens para alívio de dor e orientações sobre posições para o parto. O segundo momento, trata-se de uma pausa para o lanche compartilhado que as próprias gestantes/acompanhantes fornecem. E no terceiro momento, acontece a abordagem teórica e as trocas de experiência de algum tema escolhido, abrangendo tópicos como mudanças na gestação, parto, pós-parto; alimentação saudável; formação familiar; aleitamento materno; sexualidade; cuidados com o bebê, dentre

⁸ Os relatos fornecidos nesse meio, também são utilizados para a produção de pesquisas, visto que também fazem parte da proposta do grupo.

outros (ZAMPIERI et al., 2016; LIMA et al., 2018; ROVARIS et al., 2018).

Cada encontro, segundo Zampieri e colaboradores (2010d) é conduzido sob os eixos da humanização do cuidado e da promoção da saúde, prezando a autonomia, interdisciplinaridade, empoderamento dos indivíduos e a melhoria da saúde. Para isso, são utilizadas metodologias ativas, como oficinas lúdicas e artísticas, demonstrações práticas, atividades em grupo, exposição de vídeos, trocas de experiência e discussões coletivas (ZAMPIERI et al., 2016; ROVARIS et al., 2018).

Ao total, são realizados oito encontros consecutivos, uma vez na semana, com duração aproximada de três horas no período vespertino. No último encontro é feita uma visita guiada a maternidade do HU e como encerramento, comemora-se o “amigo de barriga” – uma espécie de amigo secreto entre as gestantes (ZAMPIERI et al., 2016; ROVARIS et al., 2018).

Um mês após o último nascimento do grupo é agendado um novo encontro, denominado de encontro com pais e bebês. Nele as mulheres têm a possibilidade de apresentar seus bebês para os demais participantes, além de compartilharem suas experiências de parto e puerpério; relatando suas dificuldades, estranhamentos, facilidades e adaptações. Ao final também é feita a avaliação geral de todo o desenrolar do grupo. Nesta avaliação, são abordados aspectos, desde as principais contribuições para o processo a cada integrante, as abordagens profissionais, os temas e metodologias escolhidas durante o seu desenvolvimento, possíveis fragilidades e sugestões de melhorias. Neste dia, todos os depoimentos fornecidos são registrados com um gravador e transcritos pelas bolsistas, a fim de gerar dados para produções científicas, bem como possibilitar o ajuste e avaliação de táticas e condutas realizadas (ZAMPIERI et al., 2016; LIMA et al., 2018).

4.3 PARTICIPANTES

Com a finalidade de atender os objetivos deste estudo, os integrantes escolhidos para esta pesquisa foram as mulheres que participaram do Grupo de Gestantes e Casais Grávidos da UFSC, no período de março até agosto de 2018. Como critérios de inclusão, utilizou-se ser mulher e ter participado do Grupo de Gestantes e Casais grávidos investigado e como exclusão, foram retiradas do estudo as mulheres com idade menor ou igual a 18 anos.

Ao total, participaram da amostra 23 mulheres, das quais a caracterização foi organizada em dois quadros gerais: o primeiro,

trazendo o perfil sociodemográfico de cada integrante (Quadro 1); e o segundo os dados relacionados a gestação (Quadro 2). Todas as mulheres, com exceção de uma participante, nunca haviam estado em um grupo de gestantes e/ou casais grávidos antes.

Quadro 1 - Perfil das participantes: dados sociodemográficos

	Característica	Nº de participantes
Idade	19 - 25 anos	3
	26 - 32 anos	11
	33 - 39 anos	9
Estado civil	Solteiras	2
	Casadas	11
	União Estável	3
	Não respondeu	7
	2º grau	4
	3º grau	19
Religião	Não respondeu	0
	Católica	10
	Cristã	2
	Não respondeu	6

Fonte: Elaborado pela autora, 2018

Quadro 2 - Perfil das participantes: dados relativos a gestação

Nº de gestações	Característica	Nº de participantes
	1	20
	2	3
Nº de partos	0	21
	1	2
Acompanhamento pré-natal	Sim	23
	Não	0
Rede de Saúde utilizada	Pública	6
	Privada	13
	Pública e privada	4
Planejamento ou não da gestação	Sim	16
	Não	7

Fonte: Elaborado pela autora, 2018

Ressalta-se que a diferença apresentada no tempo gestacional das mulheres, variou entre 15 a 35 semanas, gerando saídas precoces em consequência ao nascimento de bebês antes do encerramento das atividades. Também houveram desistências e novas inclusões durante o percurso do grupo, ocasionando diferença no número de participantes em cada etapa de coleta. Contudo, por termos utilizado a técnica de triangulação, que consistem em estratégias metodológicas distintas, consideramos não prejudicial a pesquisa essa diferenciação. Assim, todas as participantes do grupo foram incluídas nesse estudo, tal como todos os dados fornecidos.

4.4 ENTRADA EM CAMPO

A entrada no campo é um processo de extrema importância na pesquisa qualitativa, pois configura-se como o primeiro contato entre o pesquisador e a realidade investigada. Para que isso ocorra, recomenda-se que o investigador realize um contato preliminar com algum integrante do grupo estudado e peça auxílio para que atue como intermediador entre ele e o coletivo. Essa pessoa, preferencialmente, deve deter credibilidade aos olhos do grupo, evitando que sentimentos de desconfiança, mal-estar e hostilidade sejam criados perante o pesquisador (MINAYO, 2014).

Para garantir o acesso aos Grupos de Gestante e Casais Grávidos, a pesquisadora realizou participações prévias ao campo no intuito de facilitar seu contato com os membros organizadores e usuárias. A partir disso, foi possível conhecer melhor o contexto do grupo, seu funcionamento, dinâmica de desenvolvimento e princípios, permitindo maior aproximação com a realidade a ser pesquisada.

Essa aproximação, foi mediada por uma das coordenadoras da equipe profissional, que possibilitou a introdução e apresentação da pesquisadora aos demais membros, a fim de expor sua presença e evitar estranhamentos. Ao todo, foram acompanhados três grupos anteriores ao estudado e deles, o interesse pela investigação do significado da maternidade, dentro dos cenários dos grupos cresceu; gerando os questionamentos que levaram ao desenvolvimento dessa pesquisa.

De acordo com Minayo (2014), após ser introduzido na comunidade, o pesquisador deve imediatamente expor-lhe suas considerações práticas: fazendo uma breve apresentação de si mesmo; mencionando seu interesse de pesquisa, bem como seus motivos e justificativa da escolha dos pesquisados. Ele então deve apresentar suas credenciais institucionais; explicar a finalidade do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); além de garantir o anonimato e o sigilo sobre os dados informados (MINAYO, 2014; GIL, 2017).

O mesmo processo de entrada de campo descrito anteriormente, foi repetido perante o grupo estudado logo no primeiro dia. Nele a pesquisadora apresentou os objetivos e intenções de sua pesquisa, explicado em seguida todo os detalhes de seus passos e metodologias de coleta as mulheres interagentes. Após, foi feita a entrega e a leitura conjunta do TCLE (ANEXO B). Somente após o consentimento do grupo e da assinatura do TCLE, que a coleta de dados foi iniciada. Assim sendo, todos os cuidados necessários a entrada de campo, foram contemplados nesta pesquisa, informando tanto aos organizadores, quanto aos participantes, seus objetivos e intenções.

4.5 COLETA DE DADOS

Visando maior abrangência, os dados utilizados nesta pesquisa foram coletados em diferentes momentos e a partir de estratégias metodológicas distintas, incluindo: observação não participante (O.N.P); análise documental das conversas obtidas no grupo do *WhatsApp* (C.W); e análise dos depoimentos gravados (D.G) das mulheres no reencontro do grupo.

A técnica de observação, como o próprio nome sugere é um método simples, no qual se resume ao contato do pesquisador com o fenômeno investigado; objetivando a identificação e a descrição dos elementos emergentes em seu próprio contexto, no momento exato em que acontecem. Esta forma de investigação quando assumida de modo não participante, coloca o pesquisador em um estado alheio ao processo investigado, deixando-o em um papel de espectador no qual não interage diretamente com o campo (FERREIRA; TORRECILHA; MACHADO 2012; MINAYO, 2014; GIL, 2017).

O investigador analisa o contexto da situação apresentada, sem necessariamente determinar um foco específico a ser observado. Contudo, embora seja amplamente aplicado em pesquisas qualitativas, exibe certa dificuldade de aprofundamento em seus dados, sendo necessário agregar outros métodos como complemento (FERREIRA; TORRECILHA; MACHADO, 2012; MINAYO, 2014; GIL, 2017).

Assim, tal estratégia, foi utilizada em conjunto com um roteiro de observação pré-elaborado pela pesquisadora (APÊNDICE A), onde foram priorizadas as características do ambiente (estrutura do local, objetos disponíveis, disposição e acomodação dos integrantes, dentre outros), das mulheres interagentes (principais temas de interesse, dúvidas e saberes relatados, conflitos demonstrados com a maternidade, dentre outros) e dos profissionais de saúde (conduta, postura e acolhimento frente o grupo, formas de abordagem dos temas, dentre outros).

Neste primeiro momento da coleta, também foi proposto ao grupo uma pequena dinâmica de elaboração de cartazes, tendo como pergunta norteadora a frase “Qual o significado da maternidade para você neste momento? O que ela representa em sua vida?”. Para isso, os participantes foram divididos em quatro equipes, de até cinco pares (gestante e acompanhante) e em seguida, foi dado a eles uma folha de papel *Kraft*, materiais para escrita (lápiz de cor, canetas coloridas e giz de cera) e um tempo aproximado de 15 minutos para a conclusão da atividade. Essa dinâmica foi realizada no primeiro dia do grupo, logo após a apresentação da pesquisadora e da assinatura do TCLE (APÊNDICE A).

Ao final, todas as produções foram fotografadas (APÊNDICE B) e digitalizadas para a construção de uma figura conceitual (Figura 03), que será apresentada nos resultados. Essa figura foi gerada com o auxílio do programa *wordart*, versão 2018, e teve como objetivo ilustrar os principais conceitos atribuídos ao sentido da maternidade pelas mães, antes do nascimento dos bebês. Os resultados obtidos desta atividade, serviram de base para organizar previamente os dados coletados durante o andamento da pesquisa.

A mesma pergunta disparadora foi refeita às participantes durante o reencontro de pais e bebês do grupo, desta vez, tendo as respostas gravadas individualmente junto ao depoimento final.

Para registro das observações foram realizadas notas de campo durante todos os encontros do Grupo de Gestantes e Casais Grávidos, na intenção de descrever seus fenômenos com a maior quantidade de detalhes possíveis, no momento de sua ocorrência.

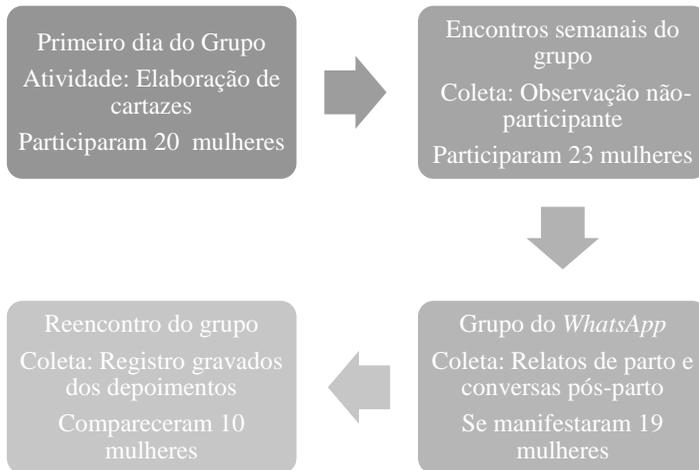
As notas (ou diário) de campo, de forma bem simplificada, refere-se ao caderno do investigador, onde são anotadas todas as informações coletadas durante o período das observações. Nelas ficam registrados os conjuntos de elementos identificados no dia-a-dia do campo, descrevendo impressões pessoais; conversas informais; comportamentos contraditórios dos participantes frente a temática investigada; suas falas, gestos, dentre outros aspectos. Esta prática buscou identificar os constituintes da representação social e as expressões identitárias na forma de pensar, agir e sentir daquela realidade (MINAYO, 2017); no caso, os membros do Grupo de Gestantes e Casais Grávidos.

Outra estratégia utilizada foi a análise das fontes documentais geradas, tanto dos relatos gravados durante o reencontro do grupo, quanto dos depoimentos de parto e pós-parto compartilhados no aplicativo *WhatsApp*; visto que ambos representam momentos de trocas de extrema importância à investigação. Um (o relato), trazendo o resumo das experiências já (semi) processadas; e o outro (*WhatsApp*) pontuando as dúvidas, medos e sentimentos emergentes no momento em que acontecem, possibilitando à investigação, acompanhar a intensidade, modulação e transformação dos mesmos fenômenos em tempos diferentes.

Cabe destacar que todas as transcrições do reencontro, foram feitas na íntegra por uma mesma bolsista do grupo (estudante do Curso de Graduação em Enfermagem), responsável por gravar e digitalizar esses relatos. Já as conversas do *WhatsApp* foram acompanhadas pela pesquisadora, tendo sua coleta encerrada no mesmo dia do reencontro. O tempo de gravação do reencontro totalizou quatro horas ininterruptas de áudio e resultou em 45 páginas de transcrição.

Como comentado anteriormente, o número de participantes em cada fase de coleta, sofreu alterações em consequência dos fatores já citados. Assim para melhor compreensão do leitor, foi criado um fluxograma (Figura 1) com a ordem cronológica de cada estratégia, junto ao número de participantes presentes em cada uma delas. Segue descrição:

Figura 1 – Fluxograma: Número de participantes em cada etapa de coleta dos dados



Fonte: elaborado pela autora, 2018

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Nesta investigação, foi utilizada a Proposta Operativa de Minayo (2014) como técnica de análise dos dados obtidos a partir das estratégias de coleta citadas. É um procedimento especializado e científico usado em estudos qualitativos, que permite ao pesquisador validar seus dados, tornando-os passíveis a replicação e comparação com outros contextos.

Foi desenvolvida como crítica a técnica de análise de conteúdo, focada apenas no discurso do sujeito. Assim, era deixado de lado o “como” e “onde” a ação analisada ocorria, limitando sua capacidade explicativa a “blocos” fixos de falas descontextualizadas, onde os aspectos extra discursivos como o panorama político, social, econômico, cultural e simbólico onde esse discurso é criado, ficavam excluídos (MINAYO, 2014). Assim sendo, para esse estudo era necessária uma estratégia que abarcasse o conteúdo do discurso dentro de seu quadro de referência, para que fosse possível interpretar e compreender seus fenômenos.

Pensando nesses fatores, a autora nos conduz a proposta operativa, uma estratégia que permite a integração do contexto ao processo empírico do grupo pesquisado por meio do: a) mapeamento das determinações fundamentais do campo e seus atores; b) interpretação dos fatos empíricos

observados, agrupando-os em categorias de sentido; c) análise por inflexão para assimilar o conteúdo concreto e o abstrato dos dados a fim de compreender o sentido que os permeia; e d) elaboração do relatório final (MINAYO, 2014).

O campo das determinações fundamentais é o mapeamento feito pelo pesquisador na fase exploratória que descreve o contexto sociocultural do grupo estudado. Ele revela seu ambiente, condições, influências, perfil, entre outros, como uma representação do sentido da totalidade, a fim de identificar a conexão entre a experiência empírica e o plano das relações essenciais; responsável pelo condicionamento sócio histórico, manifestado na concepção dominante. Ou seja, os fenômenos sociais que fazem parte do cotidiano, imaginário, limites e da concepção de mundo do sujeito que pensa, cria e reflete essa realidade (MINAYO, 2014).

Após, ocorre o processo interpretativo: o encontro do pesquisador com os fatores empíricos necessário para desvendar a lógica interna do grupo pesquisado; seu sentido específico e o significado cultural empregado em suas ações. Nesse momento, é observado o modo de comunicação do grupo estudo, seja por meio de falas individuais ou coletivas; que incluem seus costumes, condutas, discurso e a forma como se relacionam com o tema investigado. Também são contemplados os discursos adotados pelas instituições oficiais, juntamente com seus ritos e cerimônias relacionadas ao objeto pesquisado (MINAYO, 2014).

Para o cumprimento dessa fase, foi feito o levantamento da revisão de literatura sobre a temática da maternidade. Incluindo a elaboração histórica de seu sentido, políticas e demais itens já apresentados no corpo do trabalho. Também foi adicionado como parte do processo, às visitas ao ambiente de pesquisa, junto às observações não-participantes, as conversas pós-nascimento do *WhatsApp* e os relatos gravados, comentadas anteriormente.

A partir desse processo, foram elaboradas as categorias analíticas: o componente contextual dos dados coletados na fase exploratória (contexto) e em campo (dados empíricos), onde ambos foram cruzados e elaborados em categorias de sentido. Para isso, Minayo (2014) desenvolve três premissas básicas:

- 1) Ordenação dos dados: que envolve todo o material coletado em campo (relatos, observação e outros), sua transcrição e organização documental em determinada classificação prévia. O pesquisador deve identificar se os fundamentos teóricos adotados condizem com a realidade observada e se há a necessidade de aprofundar seu conhecimento sobre o tema investigado.

- 2) Classificação dos dados: nessa fase, o pesquisador deve realizar a leitura exaustiva do material coletado, anotando suas primeiras impressões após a leitura. Em seguida, deve ser observada a coerência interna das informações, analisando cada frase, palavra, adjetivo e ideias expressas no sentido geral do texto, sem que haja separação entre a ideologia da realidade material do signo. Este processo deve contemplar tanto a fala do indivíduo e seu sistema de comunicação socialmente organizado, quanto o momento-chave e a postura adotada por ele sobre o assunto em voga; a fim de encontrar as ideias centrais transmitidas. Para isso é necessário que o pesquisador realize três etapas: a leitura horizontal, a leitura transversal e a análise final.
- a) A Leitura horizontal e exaustiva dos textos, refere-se ao momento de exame do pesquisador de todo o material escrito, coletado em campo (entrevistas, observações, documentos...). Assim, devem ser anotadas todas as suas impressões iniciais, na intenção de compreender a coerência interna de cada informação. O pesquisador deve cuidadosamente, observar cada frase, palavras, adjetivos e sentido de ideias do texto, sem que haja separação da ideologia material do símbolo.
 - b) Leitura transversal: é o recorte do conteúdo em unidades de sentido, ou seja, são definidos temas e categorias empíricas ou teóricas escolhidas pelo pesquisador. Após agrupadas, é realizada uma nova análise, separando o conteúdo em unidades menores de sentido, buscando compreender e interpretar o que foi exposto como mais relevante e representativo pelo grupo. Essas últimas são reagrupadas em categorias centrais, onde são fundidas em uma lógica própria.
 - c) Análise final: consiste no processo de inflexão, onde é considerado o ponto de partida e o ponto de chegada da compreensão e interpretação realizadas. É a síntese entre o concreto e o abstrato, buscando o âmbito particular e o geral do conteúdo, a fim de esclarecer a lógica por traz do tema em pauta; como ele é pensado, falado, como o indivíduo se relaciona a partir dele e como é projetado em sua vida.

3) Relatório: se refere a síntese do objeto de estudo apresentado em todo o texto. Nesta fase é revelada a práxis do pesquisador e seu próprio

condicionamento para a compreensão e interpretação do fenômeno. Afinal, deve-se levar em consideração que “[...] a investigação social como processo de produção e produto é, ao mesmo tempo, uma objetificação da realidade e uma objetificação do investigador que se torna também produto de sua própria produção” (MINAYO, 2014, p. 359).

Seguindo esses passos, todo o material coletado em campo (dados empíricos), foi digitalizado e separado pela pesquisadora em arquivos nomeados de acordo com sua origem – Observação não-participante (O.N.P), Conversas *WhatsApp* (C.W) e Depoimento Gravado (D.G) -, sendo previamente organizados conforme o objetivo de cada coleta (APÊNDICE C).

Após, foi realizada a leitura de todos o conteúdo obtido e, a partir desse processo, as informações brutas geradas foram redistribuídas em uma tabela construída no programa *Word Office* 360. Nela, foram separadas em colunas o contexto, as falas e expressões das mulheres interagentes, a interpretação feita pela pesquisadora e o sentido dado ao conjunto de todas as informações expostas (APÊNDICE D).

Nesse processo de identificação, foram grifados e separados por cores diferentes, os sentidos e conceitos encontrados em cada coleta. Essas cores foram legendadas e organizadas em blocos conceituais em uma tabela separada, que teve como principal função, permitir a visualização do todo e sua inter-relação (APÊNDICE D).

Mais tarde, todas as informações já semi-processadas foram transferidas a outra tabela, elaborada a partir dos pressupostos do IS (APÊNDICE E); e sob o olhar dessa teoria, foram definidas as categorias e subcategorias que aqui serão apresentadas nos resultados desse trabalho.

4.7 CUIDADOS ÉTICOS

O desenvolvimento deste projeto de pesquisa respeitou as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde, conforme descritas na Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012) e 510/2016 (BRASIL, 2016). O mesmo está inserido no macrojeto de pesquisa “20 anos do Grupo de gestantes e casais grávidos: trajetória histórica, perfil, impacto percepções e contribuições para os envolvidos”, que é desenvolvido pelos coordenadores do grupo. Sendo aprovado pelo comitê de ética da UFSC sob o parecer de número 2.051.643 e CAAE número 63797417.4.0000.0121, em 2017 (ANEXO D).

Por estarem vinculados ao desenvolvimento do grupo, todos os dados coletados na realização desta pesquisa são de conhecimento das participantes e seus respectivos acompanhantes. Estes, antes de iniciarem as atividades do grupo, assinaram junto com a ficha de inscrição, o TCLE, autorizando a utilização de seus dados e depoimentos para a finalidade da pesquisa.

A eles, previamente, foram apresentados os objetivos do grupo, incluindo sua prática educativa e o desenvolvimento de dados científicos. Assim, desde o momento de suas inscrições, ao assinarem TCLE, eles autorizaram a utilização e divulgação de seus relatos, sendo que uma das vias do documento permaneceu com eles, caso quisessem questionar alguma conduta.

Antes de qualquer assinatura, o documento foi lido em conjunto com os participantes, para que toda e qualquer dúvida fosse esclarecida. Nele, foi informado por escrito, que todos os documentos preenchidos por eles, bem como suas falas e registros fotográficos feitos durante o grupo e no espaço eletrônico destinado a ele, poderiam ser utilizados. Na ocasião também, e a qualquer momento da trajetória do grupo, foi garantida a autonomia dos integrantes para solicitar que determinadas falas/fotos não fossem expostas. Ressalta-se que, nenhuma medida de coerção foi tomada na tentativa de induzir os indivíduos a participarem desta ou de qualquer outra pesquisa, envolvendo o grupo. A pesquisadora também explicou no primeiro dia do grupo, todas as estratégias utilizadas para coleta de dados do presente estudo.

Deste modo, seguindo os princípios éticos da justiça e beneficência, foram tomados os devidos cuidados durante a condução do trabalho, a fim de minimizar todo e qualquer risco que pudesse causar mal-estar a integridade das mulheres interagentes. Contudo, por abordar questões subjetivas referentes à vivência da maternidade e seu significado, algumas perguntas poderiam gerar conflitos às mulheres, causando-lhes desconforto. Se a eventualidade ocorresse, seria oferecido todo o suporte necessário a participante, incluindo (caso fosse de sua vontade) seu encaminhamento ao setor de psicologia do HU.

Para garantir às participantes da pesquisa, a proteção de seus direitos ao anonimato, confidencialidade e voluntariedade, sem riscos ou agravos à sua vida, os dados desta investigação foram mantidos com a pesquisadora em um HD externo de uso exclusivo; onde permanecerão arquivados por no mínimo, cinco anos. A identidade de todas as mulheres também foi substituída pela letra M, seguido de um número, de acordo com a ordem de sua participação (M1, M2 M3...).

Ressalva-se, que nenhuma integrante durante todo o andamento dessa pesquisa recebeu remuneração por participar do estudo.

5. RESULTADOS

Os resultados originados por esse trabalho, serão apresentados na forma de dois manuscritos, de acordo com a Instrução Normativa 01 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da UFSC, de 2016.

- a) Manuscrito 1: Significados da maternidade para mulheres interagentes de um grupo de casais grávidos.
- b) Manuscrito 2: Influências no significado da maternidade vividas por mulheres interagentes de um grupo de casais grávidos.

Figura 2 - Imagem da maternidade: o arquétipo da mãe



Fonte: Imagem postada por uma participante no grupo do *WhatsApp*

“Come stop your crying It will be all right
 Just take my hand, hold it tight
 I will protect you from all around you
 I will be here don't you cry
 For one so small, you seem so strong
 My arms will hold you, keep you safe and warm
 This bond between us can't be broken
 I will be here, don't you cry
 'Cause you'll be in my heart. Yes, you'll be in my heart
 From this day on,
 Now and forever more
 Always...”

(You'll be in my heart – Phil Collins)

Vamos, pare de chorar, vai ficar tudo bem
 Apenas pegue minha mão e segure forte
 Eu te protegerei de tudo ao seu redor
 Eu estarei aqui, não chore
 Para alguém tão pequeno, você parece tão forte
 Meus braços te abraçarão e manterão você seguro e aquecido
 Este laço entre nós não pode ser quebrado
 Estarei aqui, não chore
 Porque você estará em meu coração. Sim, você estará em meu coração
 Deste dia em diante
 Agora e para sempre mais
 Sempre...

5.1 MANUSCRITO 1: SIGNIFICADOS DA MATERNIDADE PARA MULHERES INTERAGENTES DE UM GRUPO DE CASAIS GRÁVIDOS

RESUMO: Objetivo: Conhecer quais os significados atribuídos à vivência da maternidade por mulheres interagentes de um grupo de casais grávido. **Método:** Estudo qualitativo, de caráter exploratório-descritivo realizado entre março e agosto de 2018. Para a coleta de dados, foi utilizada a estratégia da triangulação, incluindo observações não-participante e análise documental de relatos gravados e conversas retiradas de um espaço eletrônico do grupo, criado no aplicativo *WhatsApp*. Para análise, optou-se pela abordagem operativa de Minayo sustentada pelo referencial teórico do Interacionismo Simbólico. **Resultados:** Participaram do estudo 23 mulheres, que atribuíram a maternidade o significado de transformação a uma nova fase da vida, carregada de mudanças biopsicossociais e identitárias. Seus componentes se mostraram complexos e divergentes, contemplando sentimentos de amor, cuidado, adaptações, renúncia, preconceitos e muitos desafios que repercutiram em todas as esferas de sua vida social. **Considerações finais:** Os significados atribuídos à maternidade atuam diretamente sobre as mães e influenciam na construção de sua identidade materna, suas ações e no modo como compreendem o processo. Assim, representa um elemento precioso as equipes de saúde e ao cuidado assistencial pré e pós nascimento. Os grupos de casais grávidos se mostraram uma ferramenta valiosa para a elaboração desses significados de forma positiva.

Palavras-chave: Maternidade. Saúde da mulher. Identidade de Gênero. Interacionismo Simbólico.

INTRODUÇÃO

A maternidade representa um momento de grande transformação na vida feminina, que envolvem tanto questões bio-psico-comportamentais, quanto fatores herdados historicamente. Seus significados, ideias e conhecimentos *a priori*, nascem no ventre de cada contexto sociocultural, moldando o imaginário dos indivíduos desde a mais tenra infância (CORREA; SERRALHA, 2015; SANTOS, MAZZO, BRITO, 2015; TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2016).

Enquanto uma construção simbólica, sua imagem perpassada pelo coletivo empiricamente, influencia diretamente na forma como cada mulher a interpreta. Seja por relatos familiares, convivência com outras

gestantes, propagandas midiáticas, campanhas de saúde; às referências sobre o fenômeno da maternidade são diversas e transcendem o processo de nascimento propriamente dito (CORREA; SERRALHA, 2015; CHAE, 2015; DONATH, 2015; LANEY et al., 2015; CHAE, 2015).

Em termos conceituais, a palavra maternidade comporta sentido polissêmico. Pode tanto representar um estado (ser mãe); uma função reprodutiva (biológica); um estabelecimento que realiza partos (clínicas ou hospitais); uma obra de arte que figure a imagem de uma mãe e seu filho; ou mesmo uma construção simbólica, embasada em contextos sociais distintos, que normatiza os poderes maternos e assegura seu controle (GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2014; LOPES; CARVALHO, 2017; RESENDE, 2017; MENDONÇA, 2017).

Já o valor de amor e cuidado destinado ao bebê, está inserido no domínio da maternagem e revela uma escolha de servir, de se colocar à disposição do outro a fim de sanar suas necessidades. Diferente da maternidade, o ato de maternar independe de vínculo biológico ou gênero específico e, pode ser realizado por qualquer pessoa (LANZETTA; BITTENCOURT, 2016; LOPES; CARVALHO, 2017).

Enquanto expressões humanas, ambas as abordagens são tecidas no imaginário coletivo a partir das relações sociais, às vezes sendo fundidas como uma só (DONATH, 2015). Dessa associação de imagens, a capacidade de gestar e parir da mulher passa a compreender a habilidade do cuidado afetivo, contemplando o exercício de amor, do prazer e do contento para com o infante (GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2014; DONATH, 2015; TOMAZ, 2015; LOPES; CARVALHO, 2017).

Diante dessa exigência romântica e altruísta, somada as várias mudanças implícitas ao processo, muitas mulheres terminam encontrando dificuldades para se adaptarem às novas condições. Em conjunto com os sentimentos de amor, prazer e bem-estar imaginado, há também as várias ambiguidades que podem ser vividas, como a sensação de impotência e insegurança frente as demandas do período, o medo do parto e o peso da responsabilidade de cuidar da criança; causando-lhes uma contradição entre a imagem da maternidade construída e a experiência real enfrentada (CORREA; SERRALHA, 2015; DONATH, 2015; SANTOS; MAZZO; BRITO, 2015; CAMILLO et al., 2016).

Desse contraste, a mãe ideológica almejada termina ficando distante e se torna um fardo punitivo para as mulheres, fomentando sentimentos de cobranças, frustração e remorso (CORREA; SERRALHA, 2015; PORTO; MARANHÃO; FÉLIX, 2017). Visto a grande prevalência de distúrbios psicoemocionais femininos, que põem

em risco a saúde da mãe e do bebê, fica clara a importância de prover o apoio necessário a estas mulheres.

Destarte, os cuidados à saúde envolvidos nesse período necessitam ser observados de modo multidimensional, abarcando tanto seus processos fisiológicos, quanto o modo como cada mulher vive e reage a ele (BARRETO et al., 2015; CAMILLO et al., 2016). Conseqüentemente, os cuidados pré-natais, fornecidos pelos profissionais de saúde se tornam cruciais para alcançar esses princípios, tão essenciais para o êxito da saúde materna.

Para Organização Mundial da Saúde (OMS), a conquista de uma maternidade saudável reside na normalidade física e sociocultural da mãe e do bebê, incluindo a transição segura ao trabalho de parto, parto; e a ocorrência de uma experiência de nascimento positiva. A assistência fornecida deve seguir os princípios da Promoção da Saúde e do Movimento de Humanização da Assistência Obstétrica, integrando prevenção e tratamento de riscos, rastreio e diagnóstico de nascimento ao processo educativo. Incentivando a adoção de hábitos saudáveis e a autonomia materna sobre o processo. Para isso, as práticas assistências devem ser ajustadas a cada contexto social, respeitando às diferenças implicadas de cada pessoa, sua bagagem histórica e autoestima (OMS, 2016; CAMILLO et al., 2016; LEMOS, 2017; BRASIL, 2017).

Neste contexto, os grupos de gestantes e/ou casais grávidos, colaboram em grande escala com esses princípios. Por ser uma atividade de cunho coletivo e interdisciplinar, que propicia a troca de experiências e conhecimentos entre profissionais e população, cria um espaço educativo que convida a reflexão crítica e ao aprendizado sobre o momento de nascimento. Além de acolher às dúvidas, medos e anseios da mulher e sua família, abre portas a novos vínculos de amizade, criando uma rede de apoio entre pessoas que passam pelas mesmas experiências. Neles é estimulado entre os pares, o encontro de soluções às suas dificuldades de forma conjunta, fortalecendo seu protagonismo para decidir sobre sua saúde e maternidade (ZAMPIERI et al., 2016; TEIXEIRA et al., 2016; CAMILLO et al., 2016; LIMA et al., 2018; ROVARIS et al., 2018).

Para a saúde, essa comunicação estabelecida entre sujeitos é instrumento fundamental e permeia cada orientação assistencial e/ou educativa dos profissionais da saúde. Por ela são revelados todo o complexo de valores que traduzem o mundo da pessoa cuidada, fornecendo os recursos necessários para que a promoção da saúde aconteça. Logo, é clara a necessidade de refletir sobre seus processos dentro do contexto da maternidade, trazendo à tona a voz das mulheres

que a vivenciam e a significam (QUEIROZ; CERQUEIRA; MENDONÇA, 2015; CAMILLO et al., 2016).

Para Herbert Mead, criador do Interacionismo Simbólico (IS), o ato da comunicação representa uma (inter)ação de símbolos partilhados e transmitidos entre sujeitos. Nela os envolvidos pensam, preveem, se adaptam e formulam gestos significantes diante de situações específicas que são traduzidas de acordo com o sentido que lhes é dado pelo coletivo. Nessa perspectiva, os serem humanos agem em relação ao mundo conforme suas experiências sociais, manipulando o significado de cada elemento que entram em contato, ao mesmo tempo que também é moldado por eles. Logo, como “organismos agentes”, intérpretes e criadores de símbolos nesse jogo de interações, os seres humanos são capazes de transformar ativamente a si mesmos, aos outros e ao meio (BLUMER, 2014; BRUNO; ALVES; FERREIRA, 2017; DALBOSCO; MARASCHIN, 2017).

A partir deste enfoque, este estudo tem por objetivo conhecer quais são os significados atribuídos à vivência da maternidade por mulheres interagentes⁹ de um grupo de casais grávidos.

MÉTODOS

Pesquisa de natureza qualitativa, exploratório-descritiva, que utilizou o Interacionismo Simbólico (IS) como referencial teórico. Teve como cenário o grupo de gestante e casais grávidos, oferecido gratuitamente à população a partir de um projeto de extensão do Departamento de Enfermagem da UFSC, em parceria multidisciplinar com o Serviço de Psicologia do Hospital Universitário e uma socióloga. Este projeto é desenvolvido desde 1996 e visa promover estratégias de educação em saúde baseadas nos pressupostos da filosofia da maternidade do Hospital Universitário (HU) (humanização do cuidado, autonomia e interdisciplinaridade). Seu público alvo são mulheres com cerca de três meses de gestação e seus acompanhantes (ZAMPIERI, 2016; LIMA et al., 2018; ROVARIS et al., 2018).

Em média, um grupo comporta cerca de 25 gestantes (mais os acompanhantes), nos quais permanecem em convivência coletiva por aproximadamente dois meses. No total, são realizados oito encontros

⁹ Termo utilizado pelo profissional formado em Naturologia para se referir ao indivíduo que busca cuidado terapêutico. Compreende-se que a pessoa cuidada não se encontra em um estado de passividade (paciente) durante o processo, mas sim de interação, onde reflete, atua e também é corresponsável por sua saúde.

consecutivos, uma vez na semana, com duração aproximada de três horas no período vespertino, onde são contempladas práticas corporais, lanche compartilhado e abordagem teórica (com exceção do último que é uma visita guiada a maternidade do hospital) (ZAMPIERI, 2016; LIMA et al., 2018; ROVARIS et al., 2018).

Todo o conteúdo programático é feito em conjunto com as mulheres no primeiro dia e enviado à um espaço eletrônico criado no aplicativo *WhatsApp*, que permanece disponível por tempo indeterminado. Nele, é incentivado a interação entre os membros e a formação de vínculos. Além disso, um mês após o nascimento do último bebê, é agendado um reencontro do grupo. Neste dia, todos os depoimentos fornecidos sobre a vivência da maternidade são gravados individualmente e transcritos, por uma bolsista (ZAMPIERI et al., 2016; LIMA et al., 2018; ROVARIS et al., 2018).

A presente pesquisa foi desenvolvida a partir do macroprojeto “20 anos do Grupo de gestantes e casais grávidos: trajetória histórica, perfil, impacto percepções e contribuições para os envolvidos”, aprovado pelo comitê de ética da UFSC, sob o parecer de número 2.051.643 e CAAE número 63797417.4.0000.0121. Participaram deste estudo 23 gestantes, tendo como critérios de inclusão ser mulher e participar do grupo de gestantes e casais grávidos pesquisado; e de exclusão: apresentar idade igual ou menor a 18 anos.

Aos participantes, foi entregue uma ficha de inscrição do grupo abordando informações sociodemográficas (idade, escolaridade, renda, entre outras) e obstétricas (tempo de gestação, quantidade de filhos, informações pré-natal, entre outras); e um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que autorizava o uso de seus relatos emitidos dentro do grupo e das conversas do *WhatsApp*. Somente após a assinatura e entrega dos documentos, que a coleta foi iniciada.

A coleta de dados ocorreu no período de março a agosto de 2018. Foi utilizada a estratégia da triangulação, onde adotou-se a observação não participante (O.N.P) dos encontros; análise documental dos relatos pós-nascimento obtidos das conversas do *WhatsApp* (C.W); e os depoimentos gravados no reencontro (D.G). Para as observações, foi pré-elaborado um roteiro de campo que visou observar: o ambiente (caracterização do local); os participantes (temas mais requisitados, principais dúvidas e saberes demonstrados, relatos de conflitos e empoderamento; expressões corporais e emocionais frente a maternidade); e a conduta profissional (abordagem dos temas; condução do grupo; acolhimento dos participantes e das demandas de conflito).

Seus registros foram feitos em um diário de campo, no momento da coleta, pela pesquisadora (MINAYO, 2014).

Também foi proposto no primeiro dia do grupo, uma dinâmica de elaboração de cartazes. Para isso dividiu-se as participantes em quatro grupos de cinco integrantes (mais os acompanhantes), dando a elas uma folha de papel *kraft*, canetas e lápis coloridos e um tempo aproximado de 15 minutos para conclusão da tarefa. Em seguida, foi lançada a pergunta norteadora: “Qual o significado da maternidade para você neste momento? O que ela representa em sua vida?”. Os cartazes foram fotografados e transcritos. A mesma pergunta foi refeita no reencontro, desta vez sendo gravada como depoimento individual.

Dos relatos de *WhatsApp*, foram coletados apenas as informações fornecidas do pós-nascimento, incluindo relato de parto, facilidades e dificuldades encontradas com a chegada do bebê, exposições emocionais relacionadas ao tema, dentre outros; sendo investigadas até a data limite do reencontro. Cabe destacar que nem todas as mulheres interagentes participaram de todas as etapas da pesquisa. Destas, 20 estavam presentes na elaboração de cartazes, 19 forneceram seus relatos pós-nascimento no *WhatsApp* e apenas 10 compareceram ao reencontro.

Para análise dos dados optou-se pela proposta operativa de Minayo (2014) que segue quatro etapas principais. A primeira foi o Mapeamento das determinações fundamentais do campo e seus atores; onde foi feita a revisão de literatura e as observações não participantes. Em seguida foi realizada a Interpretação dos fatos empíricos observados, agrupando-os em categorias de sentido. Nessa fase foi realizada a leitura exaustiva de todos os dados coletados (O.N.P; C.W; D.G) a fim de separar, por cores, os conceitos e sentidos que apareciam, segundo a percepção do pesquisador. Após, esses dados foram transferidos para uma tabela no *Word Office* e organizados em contexto, falas expressas, interpretação do pesquisador e sentido atribuído. Também foi elaborado uma ilustração (Figura 2) com as palavras-chave da elaboração de cartazes, a fim de visualizar o sentido atribuído previamente a maternidade pelas participantes. Essa figura, serviu como base inicial para a elaboração das categorias aqui apresentadas.

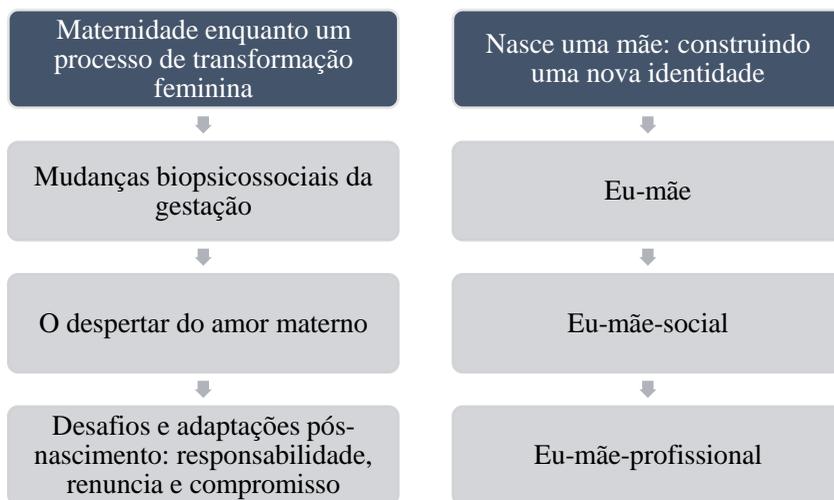
Dando continuidade ao processo de análise dos dados, realizou-se a Análise por inflexão para assimilar o conteúdo concreto e o abstrato dos dados a fim de compreender o sentido que os permeia. Nesta etapa, todos os dados já organizados, foram transferidos a uma tabela construída a partir os pressupostos do IS, onde foram analisados e divididos segundo o olhar dessa teoria. E por fim, foi elaborado o relatório final.

Como resultados, foram geradas duas categorias principais de sentido, divididas em três subcategorias. A primeira intitulada: maternidade enquanto um processo de transformação feminina; contendo as três subcategorias: mudanças biopsicossociais da gestação; o despertar do amor materno; e desafios e adaptações pós-nascimento: responsabilidade, renúncia e compromisso. E a segunda, nasce uma mãe: construindo uma nova identidade, com três subcategorias: eu-mãe; eu-mãe-social; e eu-mãe-profissional, conforme ilustrado no organograma abaixo (Figura 3).

Para assegurar os cuidados éticos e de anonimato em consonância com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde, descritos na Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012) e 510/2016 (BRASIL, 2016); a identidade de todas as mulheres que participaram desse estudo foi substituída pela letra M, seguida de um número (M1, M2, M3...), conforme sua participação.

Cabe destacar que o presente trabalho seguiu os Critérios Consolidados de Comunicação de Estudos Qualitativos (COREQ): 32 *checklist*.

Figura 3 – Organograma: categorias e subcategorias dos significados da maternidade para mulheres interagentes de um grupo de gestantes e casais grávidos.



Fonte: Construído para fins do presente estudo, Florianópolis/SC, 2018.

RESULTADOS

CONHECENDO AS MULHERES INTERAGENTES

A idade das participantes variou entre 19 a 39 anos, havendo predominância no grupo entre a faixa etária de 26 a 32 anos. Destas, duas se declararam solteira, 11 casadas, três em união estável e sete optaram por não responder. Para escolaridade, 19 integrantes declararam cursar ou já ter concluído o ensino superior e quatro o ensino médio. Em termos religiosos, 10 se declararam católicas, duas cristãs e seis não responderam à pergunta.

Quanto ao número de gestações, 20 eram primigestas e apenas três estavam na segunda gestação. Delas, 16 disseram ser uma gravidez planejada e sete, não. Todas estavam em acompanhamento pré-natal, sendo que 13 estavam na rede privada, seis na atenção pública e quatro em ambos. De todas as participantes, apenas uma comentou já ter participado de um grupo de gestantes e/ou casais grávidos, durante sua primeira gestação.

Em relação ao tempo gestacional, houve variação entre 15-24; 26; 28-31 e 35 semanas. Em consequência, várias mulheres terminaram por ganhar seus bebês antes do término do grupo, não comparecendo aos demais encontros. Também houveram desistências e novas inclusões durante o andamento das atividades, resultando a diferença no volume de participantes em cada etapa de coleta. Entretanto, por aplicar o método da triangulação, todos os dados foram contemplados nessa pesquisa e consideramos que isto não prejudicou o processo analítico.

Para melhor visualização, foi criada com a dinâmica de cartazes a figura 03, usando o programa *wordart*, 2018. Nela foi retratada as principais ideias sobre a maternidade expressas pelas mulheres interagentes, antes do nascimento do bebê.

Figura 4 - Significados prévios da maternidade para mulheres interagentes de um grupo de gestantes e casais grávidos.



Fonte: Construído para fins do presente estudo, Florianópolis/SC, 2018

MATERNIDADE ENQUANTO UM PROCESSO DE TRANSFORMAÇÃO FEMININA

Mudanças biopsicossociais da gestação

Ao longo dos encontros as mulheres descreveram as mudanças que estavam sentindo com o passar da gestação, conforme relatos abaixo.

(O.N.P) M1: “Para mim é um fenômeno da natureza, como o vento, trovoadas... Parece que estou me desintegrando e que só voltarei a estar inteira quando o bebê nascer. Não tenho mais vontade sobre mim, estou apenas reagindo ao que meu corpo está pedindo”.

(O.N.P) M2: “Sinto as mudanças de humor bruscas e estou muito reativa. Vou dos “0 aos 100” em questão de segundos!”

(O.N.P) M4: “*É um trabalho diário de aceitação... Aceitar que a vida vai mudar*”

(O.N.P) M6: “*Gravidez não é doença, mas tem sinais de doença sim. É muito desconfortável e não existe muita empatia com o que estamos sentindo. Tudo é frescura, como se estivéssemos nos aproveitando da situação da gravidez*” [alteração na voz].

O despertar do amor materno

Em seus depoimentos, fosse antes ou após-nascimento, as participantes trouxeram o afeto que desenvolveram para com seus bebês, como elemento de transformação, aprendizagem, realização e força.

(C.W) M2: “*Aquela contração vem com cada vez mais intensidade, não queria nem ver bola, só chuveiro, massagem lombar e posições assimétricas faziam eu suportar aquela dor! Muitas pessoas me perguntaram, para que sentir dor? Não é qualquer dor! É dor com significado! A cada contração era menos uma! Eu estaria mais próxima de conhecer o maior amor da minha vida!*”

(D.G) M5: “*Eu me transformei, claro né...é muito amor, tudo o que eu tinha assim...de ser irmã mais velha, de cuidar dos irmãos, um pouco a gente tem isso né? eles vem comigo “ah, tu nasceu para ser mãe”, agora é de verdade. É um amor que eu já sentia pelos meus irmãos né, e pelo meu sobrinho, mas pela minha filha agora realmente é incomparável*”

(C.W) M7: “*A dilatação foi muito rápida, as sensações intensas, mas tudo valeu a pena: muita emoção e gratificação por cada minuto vivido! Destaque para as dicas de seguir seus instintos, focar que as contrações passam, e respirar muito! A melhor experiência de nossas vidas!*”

(D.G) M9: “*é um amor que a gente não sabia onde que tava, né? Que parece que já existe a muito tempo, que já ama a muito tempo, e é muito bom mesmo. É uma experiência totalmente diferente, a gente se sente assim mais completa, né. É tudo diferente, é o bebê em primeiro lugar né? A gente pensa na gente depois[...] Eu aprendi a ser muito mais forte para várias situações, então é um aprendizado o tempo todo*”

(D.G) M10: *“eu acho que a gente é uma outra pessoa...não que é uma outra pessoa, ainda sou a [nome da participante], com aqueles sonhos, com alguns objetivos, mas muda muito né, realmente é um amor que a gente não sabe que iria ter dentro da gente, que iria conseguir...um amor tão grande assim”*

Desafios e adaptações pós-nascimento: responsabilidade, renúncia e compromisso

As dificuldades que as mulheres encontram após o parto e as adequações necessárias, também foram um fator de impacto à sua vivência, conforme demonstrado nos relatos a seguir.

(C.W) M2: *“Então, eu tive sangramento também... lesão no mamilo (pior que fissura) Estou na oitava sessão de laser! Sensação de agulhada no mamilo... acho que no início a pega estava errada e eu me machuquei muito mesmo! Várias vezes achei que não fosse mais capaz de continuar amamentando, ia para o banheiro chorar antes de dar o peito... quase um pânico...”*

(C.W) M3: *“No período de cólica, que foi basicamente os 2 meses inteiros, ela [bebê] chorava bastante e era colo direto. Aí, decidi esperar passar esse período, pois não vejo benefícios no bico para o bebê. Meu esposo queria dar, mas o convenci do contrário. Agora com 3 meses está bem mais tranquilo, as cólicas passaram e o choro diminuiu muito.”*

(C.W) M5: *“Estamos aprendendo a cada dia, meu "mantra agora é: paciência é uma virtude”*

(D.G) M8: *“A gente acha que ela [bebê] tem alergia a proteína do leite de vaca, então é muito “punk” porque daí eu tive que mudar tudo, toda a minha alimentação para conseguir deixar ela mais tranquilinha. Agora está parando a cólica dela. Ela está ficando mais calma”*

NASCE UMA MÃE: CONSTRUINDO UMA NOVA IDENTIDADE

Eu-mãe

Em unanimidade, todas trouxeram a existência de um novo sentido de identidade enquanto mulheres, papel que se mostra ainda em fase de ajuste e aprendizagem, como observado abaixo:

(C.W) M2: *“Por vezes, a mamãe aqui se sente a mulher maravilha, mas daqui dez minutos ela já chora pensando na sua mãe que vai embora, sem saber se vai dar conta de cuidar daquele ser que é totalmente dependente de você! Mas me pergunte se eu imagino/quero outra vida? Não... Não imagino mais a vida sem você!”*

(D.G) M3: *“Chegou uma hora que eu falei “preciso sair, eu preciso ser eu, eu não consigo mais ser só a mãe da [nome do bebê], preciso voltar a ser a [nome da participante]. Nossa eu lembro que quando eu entrei no meu carro, que eu olhei no retrovisor e não tinha ninguém no carro [e], era só eu. Que eu botei a marcha e fui, eu falei “Gente voltei! Sou eu! [...] Para de fato perceber que tipo, tem a mãe da [nome do bebê], a esposa do [nome do marido] e a [nome da participante] e não são as mesmas pessoas.”*

(D.G) M5: *“E o que mudou também é essa dificuldade que eu sinto, essa questão da minha autonomia mesmo, porque eu ia pro trabalho, eu voltava, eu dirigia e agora tô sentindo essa falta assim né. Como que as mães conseguem?”*

Eu-mãe-social

Muitas descreveram mudanças em suas relações sociais após a chegada do bebê, principalmente envolvendo seu círculo familiar, portando-se como protetora do filho.

(D.G) M3: *“Eu não sei se é hormonal ou sei lá o que é, mas eu me vejo como aquele passarinho o quero-quero, eu já falei isso pra ela [sogra] “Querida eu tô numa fase de quero-quero, tocou no meu filhote....” entendeu?”*

(D.G) M8: *“Pra mim mudou o meu olhar no meu relacionamento com ele [companheiro] [...], não pra pior, pra melhor [...]. Minha paciência também. Eu trabalhei muito a minha paciência, porque se a gente não tem paciência a gente fica meio... meio louco, assim. Eu não sei, eu não tô conseguindo romantizar muito a maternidade porque foi muito difícil, mas foi isso. Foi o meu*

relacionamento com ele mesmo e a minha paciência, foi o que mudou”

(D.G) M11: *“Tem sido algo bem legal assim. Realmente um amor que eu não esperava né. A gente vira essa leoa, assim que briga com todo o mundo, que briga com a sogra... Eu em 15 anos de relacionamento, nunca tinha, não destrato, mas nunca tinha falado um pouco mais duro com a minha sogra e desde que a [nome da bebê] nasceu...ela inclusive falou pra minha mãe que ela conheceu uma [nome da mãe] que ela não conhecia ainda. Não sei se foi uma [nome da participante] boa ou uma [nome da participante] ruim, né”*

Eu-mãe- profissional

Outras apontam a desumanização enfrentada enquanto gestantes e mães. Em um dos encontros, uma participante, que também é doutoranda, levantou o tema sobre discriminação com gestantes em ambientes de trabalho, expondo que presenciou alguns professores da sua universidade discriminando-as durante o processo seletivo para o doutorado, na fase da entrevista. Segundo ela, os professores estavam barrando a entrada de todas as mulheres que demonstrassem a intenção de engravidar durante o período acadêmico ou que se soubesse estarem grávidas. O motivo, segundo ela, seria a falácia de que as grávidas faltam mais as aulas, demoram muito para entregar os trabalhos e a tese; e que ainda prorrogariam as bolsas de estudo. Em seu relato, comentou ainda que uma amiga havia sido eliminada da seleção por estar gestante, e que organizava um movimento de protesto. Outras mulheres também se pronunciaram nesse dia, trazendo os seguintes relatos:

(O.N.P) M1: *“Quando fiquei grávida me senti discriminada no meu trabalho e agora minha imagem profissional foi modificada”*

(O.N.P) M2: *“Tive muita dificuldade de contar para o meu chefe que estava grávida. Demorei um bom tempo para conseguir... Quando estamos grávidas, nós queremos contar para todo mundo, estamos felizes, queremos sorrir junto, ganhar abraço... nós não deveríamos passar por esse medo”.*

(O.N.P) M4: *“Tive muitos conflitos comigo mesma por não estar mais no mesmo ritmo e não produzir tanto quanto antes. Isso me gerou um stress muito grande!”.*

(O.N.P): M7: *“Ninguém consegue trabalho estando grávida. Nunca conheci alguém que tenha sido contratada durante a gestação”.*

A participante M1 quando deu este depoimento, comentou que algumas semanas antes de começar a frequentar o grupo, precisou faltar um dia em seu trabalho por questões de saúde, que não estavam ligadas a gestação. Após esse episódio, seu supervisor retirou todas as suas funções típicas dentro do local de trabalho. A justificativa, segundo ela, foi que seu chefe concluindo que as faltas se tornariam constantes devido a gestação, preferiu afastá-la das atividades como medida preventiva. Ela também comentou que nesse meio tempo, várias vezes seu chefe lhe deu “indiretas”, elogiando outras mulheres que haviam voltado ao trabalho, antes do término de sua licença a maternidade.

DISCUSSÃO

As participantes da pesquisa se mostraram mulheres com fácil acesso à informação com elevado grau de instrução. A grande maioria, apresentou razoável estabilidade financeira e apoio familiar, o que as permitiu comparecerem no grupo durante os encontros. Todas buscaram o espaço do grupo de casais grávidos como alternativa adicional à assistência, mesmo estando em acompanhamento pré-natal público e/ou privado.

Na primeira subcategoria “mudanças biopsicossociais da gestação”, é possível observar que as alterações vividas pelas participantes no período gravídico foram amplas e perpassaram diferentes dimensões. Para alguns autores, essa experiência equivale ao período da vida que mais impõe as mulheres os limites que possuem sobre o controle de seus corpos, muitas vezes, causando a perda ou a desconstrução de sua identidade; ilustrada na “desintegração” comentada por M1 (NEITERMAN, 2015; LEMOS, 2017).

Ao contrário do corpo físico exibido pelas mídias, de qualidade plástica, que é subordinado à vontade e a auto expressão dos indivíduos, o organismo que gesta é indisciplinado e pode apresentar vários sinais incontroláveis, que afetam diretamente a disposição de cada mulher, como pontuado por M6. Episódios de êmese e hiperêmese (náusea), pirose (azia), astenia (fraqueza), lipotimia (desmaio), dores abdominais, cólicas, obstipação intestinal, hemorroidas, câimbras, polaciúria (aumento da frequência de micção), dispneia (falta de ar e dificuldade para respirar) e lombalgia (dor lombar), são alguns exemplos. Também

há as oscilações hormonais e suas influências nos quadros de volubilidade e reatividade emocional, identificadas no ir de “0 a 100” de M2 (BRASIL, 2014; NEITERMAN, 2015; LEMOS, 2017).

Na caderneta da gestante, o próprio Ministério da Saúde (MS) reconhece que todo o processo configura uma preparação à uma nova fase de vida, que exige das mães, como bem ilustra M4, um trabalho diário de aceitação para ser assimilado e incorporado (BRASIL, 2014). Autores comentam, que essa fase oportuniza às mães um momento reflexivo de sua própria história e do sentido que atribuem ao “ser mulher”, facilitando a ocorrência de mudanças e amadurecimento pessoal. Entretanto, essa transformação não é regra e varia conforme a subjetividade de cada uma (LANEY et al., 2015; DONATH, 2015; ZAMPIERI et al., 2016).

Na visão interacionista, para que haja a comunicação entre as mães e o meio da qual fazem parte é preciso que cada mulher assimile para si às mesmas atitudes, gestos e símbolos, pertencentes ao fenômeno da maternidade de seu contexto; incluindo os elementos que a compõem para o coletivo. Somente assim, a comunicação estabelecida entre elas e o coletivo comportaria as mesmas interpretações e significados de cada componente materno. Não é à toa que muitas se vejam em um processo de renascimento multidimensional (CASAGRANDE, 2016).

O despertar do amor materno da segunda subcategoria, considerado pelas interagentes como parte intrínseca ao processo da maternidade é um exemplo desses componentes. Esse sentimento de amor foi associado pelas mães ao significado de vocação/sentido de vida (fala M5), ao exercício do cuidado incondicional (fala M5, M9) e a renúncia e doação de si para com a criança (fala M2, M9, M10); sendo a chave de transformação para o desempenho de sua função e a fonte de força para o enfrentamento das dificuldades da maternidade (fala M2, M7, M9).

Para a historiadora Badinter (1985), essa visão naturalizada do amor materno reflete uma falácia, que não existia até meados da idade média. Foi construída socialmente na Europa e disseminada pelo Estado, cientistas e ordens religiosas da época, a fim de garantir a perpetuação populacional e a manutenção de sua riqueza. Para isso, foram fundidas as características biológicas da mulher ao “dom para a maternidade” (observado na fala de M7), incitando o discurso que uma mulher só estaria completa, quando galgasse seu sentido existencial: ser mãe. Vale ressaltar que a autora não nega a existência do amor entre mães e filhos antes desse período, apenas evidencia a construção do vínculo entre ambos enquanto valor social (CLEMENS, 2015; SALES; COUTINHO; SOUZA, 2015; LANZETTA; BITTENCOURT, 2016; TOMASCHEWSKI-BARLEM, 2016; RESENDE, 2017).

Pela influência colonialista na história do Brasil, a mesma sentença perpetua impregnada no coletivo até os dias atuais (LANZETA; BITTENCOURT, 2016). A caderneta da gestante serve de exemplo, quando afirma que durante a gestação as mães crescem enquanto mulheres e que, através dela, conseguirão a força e a confiança necessárias para enfrentar os desafios do parto e dos cuidados com o bebê (BRASIL, 2014).

Esse tipo de associação para IS, revela o impulso condutor que forma os fenômenos sociais de cada contexto coletivos, desvelando os sentimentos caros aos indivíduos que o compõem. Logo, esses valores associados ao amor materno, ao serem compartilhados, são potencializados pelo meio, moldando seus interlocutores ao mesmo tempo que também é alterado e propagado por eles (CHAE, 2015; LANEY et al., 2015; DONATH, 2015; SCHREIBER, 2016; BRUNO; ALVES; FERREIRA, 2017).

Mesmo na subcategoria “desafios e adaptações pós-nascimento”, o significado de cuidado incondicional, vinculado à esfera do amor, também estava presente. As dificuldades mais complexas encontradas no período, por estarem associadas diretamente aos cuidados da criança, foram enfrentadas pelas mães, independentemente do desconforto sentido por elas. Fossem eles de ordem física, como a lesão no mamilo de M2; psíquica, como a paciência exigida de M3 e M5; ou comportamental, como as adequações alimentares de M8; os incômodos sentidos pelas mulheres eram colocados em segundo plano, em relação as necessidades do filho.

Percebe-se um senso de compromisso, responsabilidade e renúncia voltado ao bem-estar do bebê, que conduz as ações maternas ao cumprimento de seu papel. Para alguns autores, essa renúncia de si em prol dos filhos, reflete a imagem pintada da mulher moderna, símbolo de responsabilidade, amor incondicional e cuidado instintivo, cuja vocação repousava em criar cidadãos para o mundo (CHAE, 2015; NEITERMAN, 2015). Desse modelo figurativo, o valor da vigilância materna foi estendido historicamente entre as mulheres (LANEY et al., 2015), não havendo hora do dia em que uma mãe não se dedicasse carinhosamente ao filho, independentemente de estar cansada ou enferma. A falha nesse cuidado era sentida com culpa, e simbolizava o maior de seus crimes: a negligência materna (BADINTER, 1985). Vê-se novamente à similaridade entre o pensamento coletivo postulado e a simbologia expressa pelas mulheres interagentes.

Na categoria “nasce uma mãe: construindo uma nova identidade” é visível como esse processo afeta a subjetividade de cada uma. Diante da

total dependência da criança, a responsabilidade aumentada e as modificações na rotina, citada por M5; as mulheres passam por mudanças intensas que por vezes lhes causam ambiguidade (LANEY et al., 2015; NEITERMAN, 2015). A fala de M2 é ilustrativa a questão, quando diz sentir-se a “mulher maravilha” em determinados momentos, e depois “chorar pensando se vai dar conta de tudo”. O relato de M3, “eu preciso ser eu, eu não consigo mais ser só a mãe da [nome da bebê]” também corrobora com esse pensamento e deixa clara a requisição das novas atribuições da maternidade e do tempo necessário para que sejam comportadas em seu íntimo (LANEY et al., 2015). De igual modo, fica evidente na frase “como é que as mães conseguem?” de M5, a ansiedade sentida diante da pressão coletiva para exercer essas condutas de forma imediatista (CORREA; SERRALHA, 2015).

Campos e Rodrigues (2015) compreendem que tornar-se mãe e desenvolver suas funções são processos que envolvem vários fatores, incluindo a história de cada mulher, modelos parentais, padrões culturais e o acesso a informações sobre desenvolvimento infantil; de modo que as faculdades maternas são desenvolvidas com o passar do tempo e não necessariamente pelo puro “instinto” (LANEY et al., 2015; CORREA; SERRALHA, 2015).

Já na subcategoria eu-mãe-social, identifica-se as percepções das mulheres referente as mudanças já ocorridas em suas relações familiar, após a chegada do bebê. Uma série de alterações que variaram desde conflitos com a figura da sogra (M3, M11), até a melhora do relacionamento com o companheiro (M8). Na abordagem dessa categoria, figuras de animais como a “leoa” e o “quero-quero” serviram de símbolos ao instinto protetor mediante as situações sociais de conflito, e foram associados nas falas das interagentes como elemento de sua nova identidade.

Alguns autores vinculam essa característica a ocorrência da melancolia da maternidade; um estado hormonal transitório do pós-parto que acomete cerca de 70 a 90% das mulheres. Nela, as mães vivenciam um estado de hipersensibilidade às necessidades do bebê, que as deixa em constante alerta e reatividade. A essa fase, é creditado a formação do vínculo entre ambos, principalmente dentro de algumas linhas de estudo, como a psicanálise (SANTOS, MAZZO, BRITO, 2015; CORREA; SERRALHA, 2015; RIEMENSCHNEIDER, 2016; SILVA et al., 2018).

Contudo, quando a participante M8 diz não conseguir romantizar a maternidade, por ter sido uma experiência difícil a ela, o significado dado ao fenômeno se modifica e outros elementos são elencados a ele. Para o IS, quando algum indivíduo em uma situação de ajustamento,

passa a operar fora das regras pré-determinadas, um outro contexto é criado, estabelecendo novos preceitos, valores e símbolos que cresce perante aqueles que se sentem representados por ele. No caso, houve a mudança do olhar destinado ao companheiro, que incluiu como um dos elementos, padrões comportamentais pautados na paciência. O compartilhamento desses símbolos por ambos, afetou positivamente sua relação, de modo que os determinantes sociais postos, foram manipulados e reelaborados ao seu âmbito individual, criando novos símbolos e imagens que agora fazem parte de sua realidade de forma visceral (NUNES, 2013; BRUNO; ALVES; FERREIRA, 2017).

Por fim, na última subcategoria “eu-mãe-profissional” se constata a tensão gerada do choque entre dois papéis femininos, expresso como fator de medo, *stress*, culpa, pressão social e discriminação. Pontos similares relatados pelas interagentes são encontrados em outros estudos, o que demonstra que o tema é origem de angústia e preocupação para muitas mulheres. Nesses estudos foi constatada uma realidade segregativa em ambientes de trabalho, onde mulheres-mães são hostilizadas, têm seus cargos modificados ou são diminuídas enquanto profissionais por sua condição. Também viu-se a perda de muitas oportunidades de estudo e trabalho para mulheres que diziam ter filhos, chegando ao ponto de muitas omitirem a existência deles em entrevistas de emprego, para garantia do cargo (situações similares aos relatos de M1 e M7, sobre o boicote de gestantes dentro da universidade e no mercado de trabalho) (MOREIRA; PERRINI; RIBEIRO, 2016; CAVALCANTI; BAÍA, 2017).

Isso revela a dualidade criada a partir do século XX, quando a realidade econômica do Brasil, obrigou as mulheres a saírem do reinado de seus lares para buscarem o ambiente de trabalho, uma situação que as impedia de alcançar a máxima de seu papel materno e que lançou uma dupla cobrança social sobre elas. Ao mesmo tempo que deveriam ser as mães imaculadas, também precisavam provar o seu potencial enquanto profissionais qualificadas e competentes, obrigando-as muitas vezes, a escolherem entre uma função ou outra. Desde então, as mulheres peregrinam para atingir a perfeição em ambas, enfrentando assédio moral, sexismo, opressão e silenciamento, sem encontrar muita sensibilidade ou empatia nas demandas exigidas pela junção dos dois (MOREIRA; PERRINI; RIBEIRO, 2016; CAVALCANTI; BAÍA, 2017).

Assim, novamente nos deparamos com a repercussão causada pelo choque entre dois papéis sociais carregados de significados e sua repercussão na identidade das mulheres. Ao mesmo tempo, vemos o poder de compreender e questionar esses significados, para que novos contextos e realidades sociais sejam formadas (BLUMER, 2014). Logo,

vemos que os grupos de casais grávidos atuam como um espaço de promoção de saúde que permite a identificação desses significados, bem como sua reelaboração. E das relações estabelecidas entre profissionais e interagentes ao longo do processo, cria um campo possível para que cada qual encontre sua própria maneira de viver e significar a maternidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou conhecer quais são os significados atribuídos à vivência da maternidade por mulheres interagentes de um grupo de casais grávidos. Ao final, foram atribuídos a vivência o significado de transformação à uma nova etapa de vida, carregada de mudanças bio-psico-comportamentais e identitárias que repercutiram na relação estabelecida consigo mesma, com o meio e com a própria maternidade. Em meio ao senso romântico do amor materno, cuidado incondicional, renascimento e sentido de vida expressos, também foram percebidos pelas mães os desafios do período. O peso da responsabilidade, as mudanças abruptas e a adequação à um papel que ainda se ajusta a sua própria identidade foram fator de conflito encontrados durante o processo, além dos medos implícitos, as adaptações necessárias e a renúncia de si para prover o bem-estar do bebê.

Nesse sentido, o arcabouço simbólico da maternidade se mostra complexo e afeta significativamente todas as esferas da vida da mulher. A força de seus símbolos, por carregar todo o bojo imaginário e histórico do contexto em que estão imersas, exerce forte influência sobre as mães e no modo como constroem às linhas de ações que às conduz em cada fenômeno experienciado. Do mesmo modo, por serem gerados das relações sociais, vê-se a maleabilidade da influência de seus elementos quando trazido a experiência real, onde podem ser incorporados, ou mesmo modificados, à esfera particular de cada pessoa. Portanto, vê-se a importância de identificar esses significados no âmbito da saúde para que assumam conotação positiva. O valor terapêutico dos grupos de casais grávidos, foi de grande valia a essa questão e propiciou um local fértil às discussões educativas, a interação humanizada e a reelaboração simbólica da maternidade; um grande potencial que precisa ser melhor estudado.

Enquanto símbolo fundado nas bases das inter-relações sociais, os significados da maternidade não se esgotam ao recorte desse trabalho, já que são modificados constantemente e variam conforme o olhar de seu interlocutor. Sugere-se então que outras pesquisas com o tema sejam feitas, contemplando outros períodos, perfis e realidades sociais para

comparação. Como fatores de limitação se encontram a amplitude do tema, o volume de dados coletado e o tempo escasso para análise.

REFERÊNCIAS

- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BARRETO, C.N. et al. “O sistema único de saúde que dá certo”: ações de humanização no pré-natal. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.36, esp., 2015, p. 168-179. Disponível em <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/56769/36789>>. Acesso: 30 out. 2018.
- BLUMER, H. *The nature of symbolic interactionism*. In: MORTENSEN, C. D. (Org). **Communication theory: second edition**. London: Trasaction Puplichers. 2014, p. 102-121.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. Ed. Eletrônica., Brasília, 2014.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília – DF. 2017.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução n. 466, de dezembro de 2012**.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. Princípios éticos das pesquisas em ciências humanas e sociais. **Resolução n. 510, de dezembro de 2016**.
- BRUNO, T.; ALVES, M.; FERREIRA, F. V. Interacionismo Simbólico como ferramenta teórica e metodológica para o estudo no ciberespaço. **Rev. Razón y palabra**, v.21, n.1, p.456-475, out./dez., 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/1995/199551160024/>>. Acesso: 20 ago. 2017.
- CAMILLO, B.S. et al. *Health education actions in primary attention to pregnant and puerperal woman: integrative review*. **Journal of Nursing**

UFPE online, Recife, v.10, sup.6, dez., 2016, p. 4894-4901. Disponível em
<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11270>>. Acesso: 01 nov. 2018.

CAMPOS, B. C.; RODRIGUES, O. M. P. R. Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebê no primeiro ano de vida. **Rev. Psico Porto Alegre**. v.46, n.4, p.483-492, out/dez. 2015. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-53712015000400009>. Acesso: 15 abr., 2017.

CASAGRANDE, C. A. Interacionismo simbólico, formação do *self* e educação: uma aproximação ao pensamento de G. H. Mead. **Rev. Educação e Filosofia**, v.30, n.59, p.375-403, jan./jun. 2016. Disponível em:
<<http://www.seer.ufu.br/index.php/EducacaoFilosofia/article/view/24821>>. Acesso: 03 ago. 2017.

CAVALCANTI, N.C.S.B; BAÍA, D.C.P. Ser mãe no mundo do trabalho: notas sobre os desafios da reinserção de mulheres no mercado de trabalho após a experiência de maternidade. In Seminário Internacional fazendo gênero e 11 & 13 woman's words congresso, Florianópolis, 2017. **Anais eletrônicos**, Florianópolis, 2017. Disponível em:
<http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499457316_ARQUIVO_Sermaenomundodotrabalho.pdf>. Acesso: 10 nov. 2018

CHAE, J. “*Am I a better mother than you?*” *media and 21 st-century motherhood in the contexto of the social comparison theory*. **Sage Journals**, v. 42, n.4, 2015, p.503-525. Disponível: <
<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0093650214534969>>. Acesso: 27 out. 2018.

CLEMENS, J. A **(mal) dita maternidade**: a maternidade e o feminino entre os ideais sociais e o silêncio. 2015. 269f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015. Disponível em:

<<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/135263/334781.pdf?sequence=1>>. Acesso: 15 abr. 2017.

CORREA, F. P.; SERRALHA, C.A. A depressão pós-parto e a figura materna: uma análise retrospectiva e contextual. **Rev. Acta Colombiana de psicologia**. v. 18, n. 1, p. 113-123, 2015. Disponível em:

<http://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas_ucatolica/index.php/acta-colombiana-psicologia/article/view/147/188
<http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2015.18.1.11>>. Acesso: 10 mar. 2017.

DALBOSCO, C. A.; MARASCHIN, R. Pensar a educação em tempos pós-metafísicos: a alternativa do Interacionismo Simbólico de Georg Herbert Mead. **Rev. Educação UFSM**, abr.2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reeducacao/article/view/24140>>. Acesso: 12 ago. 2017.

DONATH, O. *Regretting Motherhood: a sociopolitical analysis*.

Chicago Journals: Signs. v.40, n.2 (Winter) 2015, p.343-367.

Disponível em:

<<https://www.journals.uchicago.edu/doi/full/10.1086/678145>>. Acesso: 29 out. 2018.

LANEY, E.K; HALL, M.E.L; ANDERSON, T.L; WILLINGHAM, M.M. *Becoming a mother: the influence of motherhood on woman's identity development*. **Identity: Intern. Journal of theory and research**. v.15, 2015, p. 126-145. Disponível em:

<<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15283488.2015.1023440>>. Acesso: 28 out. 2018.

LANZETTA, R. C.; BITTENCOURT, M. I. G. F. Apoio comprado: formas contemporâneas de suporte à maternidade. **Rev. Polemica**. v.16, n.1, p. 1-13, fev/mar., 2016. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2014000100006>. Acesso: 7 Abri. 2017.

LEMONS, E. F. de. **Cuidando da saúde da mulher**: rotinas de pré-natal e ginecologia. 1ªed. Florianópolis: Editograf, 2017.

LIMA, Margarete et al. Contribuições da extensão em um grupo de gestantes e casais grávidos para a formação do enfermeiro. **Rev. Anna Nery**, v.22, n.4, p.1-8, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt_1414-8145-ean-22-04-e20170367.pdf>. Acesso: 7 set. 2018.

MENDONÇA, M. C. Principais resultados da pesquisa doutoral: maternidade na publicidade. Uma análise qualitativa e semiótica em São Paulo e Toronto. In Seminário Internacional fazendo gênero e 11 & 13 *woman's words* congresso, Florianópolis, 2017. **Anais eletrônicos**, Florianópolis, 2017. Disponível em: <http://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499102125_ARQUIVO_MaternidadenaPublicidade_Mendonca_MariaCollierde_2017_Texto_completoMM_FG.pdf>. Acesso: 02/01/2019.

MINAYO, Maria C. S. **O desafio do conhecimento**. 14.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOREIRA, J.R; PERRINI, P; RIBEIRO, J.B.P. Mãos trabalhadoras do sol nascente: impressões sobre a relação entre maternidade, trabalho e políticas públicas. **Projeção, Direito e Sociedade**, v.7, n.2, p.26- 52, 2016. Disponível em: <<http://revista.faculdadeprojecao.edu.br/index.php/Projecao2/article/view/729/641>> Acesso: 3 out. 2018.

NEITERMAN, E. *Embodied motherhood: woman's feeling about their postpartum bodies*. **Gender e Society**. v.29, n.5, Oct., 2015, p. 670-693. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0891243215591598?journalCode=gasa>>. Acesso: 29 out.2018.

NUNES, J. H. Interacionismo simbólico e movimentos sociais: enquadrando a intervenção. **Rev., Sociedade e Estado**, v.28, n.2, mai./ago., p. 257-277, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922013000200005>. Acesso: 10 jun. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **OMS publica novas orientações sobre pré-natal para reduzir mortes de mães e bebês**. ONUBR Nações Unidas do Brasil, 2016. Disponível em:

<<https://nacoesunidas.org/oms-publica-novas-orientacoes-sobre-pre-natal-para-reduzir-mortes-de-maes-e-bebes/>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

QUEIROZ, L. S; CERQUEIRA, C. O; MENDONÇA, A. V. M. Implementação de um grupo de gestantes adolescentes: relatos das ações de informação, educação e comunicação para a promoção da saúde. **Rev. Tempus, actas de saúde colet.**, v.9, n.1, p.145-153, Brasília, mar., 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000500418&lng=pt&tlng=pt>. Acesso: 25 ago. 2017.

RESENDE, D.K. Maternidade: uma construção histórica e social. **Pretextos. Rev.Pisc.** PUC-Minas Gerais, v.2, n.4, jul./dez. 2017. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15251>>. Acesso: 27 set. 2018.

RIEMENSCHNEIDER, P. S. **Maternidade, consumo e sustentabilidade sob a ótica ecofeminista**. 2016. 128f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Direito) - Centro de Ciências Jurídicas, Universidade de Caxias do Sul - RS, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ucs.br/xmlui/bitstream/handle/11338/1132/Dissertacao%20Patricia%20Strauss%20Riemenschneider.pdf?sequence=1&isAlloved=y>>. Acesso: 17 abr. 2017.

ROVARIS, M.L; GELBCKE, F.L; SILVA, R.M; PORTELLA, P.P. **Atenção à saúde da mulher e do recém-nascido: manual de boas práticas**. 1ed. EBSEERH, UFSC, 2018.

SALES, A. T; COUTINHO, D.; SOUZA, A. C. A construção histórica da imagem de “boa mãe”: o imperativo da amamentação. **Rev. Formadores: Vivência e Estudos**, v.8, n.3, p.10-22, Cachoeira-BA, dez., 2015. Disponível em: <<http://www.seer-adventista.com.br/ojs/index.php/formadores/article/view/667>>. Acesso: 9 abr. 2017.

SANTOS, F. A. P. S; MAZZO, M. H. S. N; BRITO, R. S. Sentimentos vivenciados por puérperas durante o pós-parto. **Rev. de Enfermagem UFPE on line.**, v.9, sup.2, p.858-863, Recife, fev. 2015. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5773/1160>>. Acesso: 18 abr. 2017.

SCHREIBER, R. *Gender roles, motherhood, and politics: conservative woman's organizations frame Sarah Palin and Michele Bachmann.*

Journal of women, politics e policy. v.37, n.1, 2016, p. 1-23.

Disponível em: <

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1554477X.2016.1115319>

>. Acesso: 01 nov. 2018.

SILVA, H.C; SILVA, M.R; FRIZZO, G.B; DONELLI, T.M.S.

Sintomas psicofuncionais e depressão materna: um estudo qualitativo.

Psico-USF, v.23, n. 1, Campinas jan/mar., 2018. p. 59-70. Disponível

em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712018000100059&lng=en&nrm=iso)

[82712018000100059&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712018000100059&lng=en&nrm=iso)>. Acesso: 01 nov. 2018.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G; BORDIGNON, S. S; COSTAS, C.

F. S; COSTAS, C. O; BARLEM, E. L. D. Promovendo a autoestima na

gestação: foco no acolhimento. **Rev. Enfermagem em Foco.** v.7, n.2,

p.83-86, 2016. Disponível em:

<[http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/80](http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/801/326)

[1/326](http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/801/326)>. Acesso: 15 mar. 2017.

ZAMPIERI, et. al. **20 anos do grupo de gestantes e casais grávidos:**

trajetória histórica, perfil, impacto, percepções e contribuições para os

envolvidos. Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

*“Am I wrong for thinking out the box from where I stay?
 Am I wrong for saying that I choose another way?
 I ain't trying to do what everybody else doing
 Just cause everybody doing what they all do
 If one thing I know, how far would I grow?
 I'm walking down this road of mine, this road that I call home
 So am I wrong for thinking that we could be something for real?
 Now am I wrong for trying to reach the things that I can't see?
 But that's just how I feel,
 That's just how I feel trying to reach the things that I can't see
 If you tell me I'm wrong, wrong
 I don't wanna be right”*

(Am I Wrong – Nico &Vinz)

*“Eu estou errado por pensar fora da caixa da qual eu estava?
 Eu estou errado por dizer que escolho outro caminho?
 Eu não estou tentando fazer o que todo mundo faz
 Só porque todo mundo está fazendo o que todos fazem
 Se tem uma coisa que eu sei, até onde eu cresceria
 Eu estou andando na minha estrada, esta estrada que eu chamo de lar.
 Então, estou errado por pensar que nós podemos ser algo de verdade?
 Agora estou errado por tentar alcançar coisas que eu não posso ver?
 Mas é assim que eu me sinto
 É assim que eu me sinto, tentando alcançar as coisas que eu não posso ver
 Se você me disser que eu estou errado,
 Eu não quero estar certo.”*

5.2 MANUSCRITO 2: INFLUÊNCIAS NA CONSTRUÇÃO DO SIGNIFICADO DA MATERNIDADE VIVIDOS POR MULHERES INTERAGENTES DE UM GRUPO DE CASAIS GRÁVIDOS

RESUMO: **Objetivo:** compreender as influências na construção do significado da maternidade vivenciadas por mulheres interagentes de um grupo de casais grávidos. **Método:** Pesquisa de natureza qualitativa, exploratória-descritiva. A coleta dos dados ocorreu entre março e agosto de 2018, por meio de observação não-participante e análise documental de depoimentos gravados e conversas retiradas de um grupo no aplicativo *WhatsApp*. Para análise, foi aplicada a abordagem operativa de Minayo em conjunto com o referencial do Interacionismo Simbólico. **Resultados:** Ao todo, participaram 23 mulheres que atribuíram como influência para o significado da maternidade às expectativas e exigência do meio, para que fossem reproduzidas condutas e práticas consideradas como dever materno, legitimadas pela comparação com outras figuras maternas e com o saber disseminado pela ciência. O espelhamento gerado dessas interações, apresentou poder ambíguo sobre elas, servindo tanto como base para a construção de sua identidade e resolução de conflito, quanto fonte de censura e mal-estar. **Conclusão:** Os valores dados aos símbolos da maternidade pelo coletivo, afetam diretamente a forma como é vivida pelas mulheres. Logo, precisam ser melhor explorados e compreendidos para que atuem de forma positiva na experiência das mães, agindo como uma ferramenta de cuidado e empoderamento.

Palavras-chave: Maternidade. Comportamento materno. Puerpério. Identidade de Gênero. Saúde da mulher. Interacionismo simbólico.

INTRODUÇÃO

Na história humana, é notório a estreita relação estabelecida entre as características sexuais de homens e mulheres e as atribuições dadas a seus papéis. O valor imaginário facultado a ambos em várias culturas, reflete diretamente na conduta do que meninos e meninas podem, ou não, fazer e exerce forte influência sobre como irão se portar perante seu contexto social (GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2014; DONATH, 2015; NEITERMAN, 2015; LOPES; CARVALHO, 2017).

A maternidade, enquanto um processo exclusivo à biologia da mulher, denota uma fase de transição física e simbólica, que envolve costumes e tradições transmitidas de geração em geração. Mais do que os processos de gestação, parto e pós-parto, contém em si as normativas

identitárias de uma mulher pertencente a um determinado sistema cultural. E faz da futura mãe o ponto de conexão entre o passado e futuro, garantindo a perpetuação da história e conduta de seu meio. Logo, torna-se impossível desvinculá-la de seu cenário de origem (GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2014; NEITERMAN, 2015; DONATH, 2015; LANEY et al., 2015; LOPES; CARVALHO, 2017).

Na concepção de alguns autores, o processo da maternidade abarca numerosas expectativas ligadas ao sentido de saúde, felicidade e continuidade familiar, cujas normativas e interesses coletivos exercem grande peso em seu simbolismo. Nesse sentido, a experiência materna exige das mães uma intensa adaptação psíquica, que envolve o significado que conferem ao que é “ser mulher” e seus atributos; representando um momento crítico à sua autoestima (LANEY et al., 2015; CORREA; SERRALHA, 2015; TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2016).

Compreender as influências que permeiam a construção desses significados para cada mulher, é de extrema importância para garantir que esse ajustamento ocorra de forma saudável e não assuma conotação negativa. Só no território brasileiro 20 a 40% das mulheres apresenta sinais de perturbação emocional e/ou cognitiva após o nascimento do filho. Destas, uma a cada quatro evoluem para algum distúrbio psicoemocional que coloca em risco a sua saúde e do bebê; uma prevalência maior do que a estimada pela Organização Mundial da Saúde para países desfavorecidos. Deste modo é importante que essa mulher receba os subsídios necessários à uma maternidade segura, que abarque as questões biológicas do período, bem como as emocionais e também psíquicas (LANEY et al., 2015; CORREA; SERRALHA, 2015; TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2016).

Acerca dessa ótica, os grupos de gestantes e casais grávidos promovem de forma integrada essas ações de cuidado. Além de propiciarem maior contato com os profissionais de saúde, esses espaços interativos oportunizam as trocas entre pessoas que passam pelas mesmas experiências e dificuldades. Permite que aprendam juntas, estreitem vínculos de amizade e formem uma rede de apoio entre si. Desta forma, dá abertura para a expressão de símbolos e significados atribuídos ao processo, para que sejam identificados e refletidos; incentivando a autonomia e o empoderamento dos integrantes sobre eles. Assim, esses grupos alinham o exercício da assistência humanizada, ao processo educativo e cria um espaço aberto ao diálogo, às dúvidas e à reflexão crítica, tão essencial para a promoção da saúde. Embora esses grupos já tenham sido amplamente incorporados internacionalmente na saúde, no Brasil ainda estão em desenvolvimento. Assim, demandam trabalhos que

investiguem suas potencialidades e contribuições (CAMILLO et al., 2016; TEIXEIRA et al., 2016; LIMA et al., 2018; ROVARIS et al., 2018).

Para o Interacionismo Simbólico, a forma como a comunicação é expressa e transmitida por meio de gestos e linguagem entre sujeitos, revela o sentido dado por eles sobre determinados fenômenos. Para se comunicar, os elementos usados precisam ser pensados, antecipados e formulados por cada pessoa diante do sentido que quer transmitir ao mundo. Portanto, compreende-se que os produtos simbólicos gerados da, ou para as relações sociais, agem como molde ao comportamento dos indivíduos, concomitantemente também é modelado por eles. Assim, os seres humanos agem ativamente sobre o significado que atribuem à realidade de acordo com sua interpretação. Logo, também possuem a capacidade de reformulá-la quando um novo significado é encontrado (BLUMER, 2014).

No caso das mulheres, gestos e linguagens interpretados dentro de um contexto podem influenciar na construção e nas compreensões do significado da maternidade. Nesse prisma, a presente pesquisa objetiva compreender as influências na construção do significado da maternidade vivenciados por mulheres interagentes¹⁰ de um grupo de casais grávidos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de cunho exploratório-descritiva. O cenário que serviu de investigação, foi o grupo de gestantes e casais grávidos, desenvolvido pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Esse grupo faz parte de um projeto de extensão realizado a mais de 20 anos pelas docentes do Departamento de Enfermagem, em parceria com a psicóloga do Hospital Universitário (HU), uma socióloga e discentes de diferentes áreas do conhecimento. Sua condução é baseada nos pressupostos da humanização do cuidado, autonomia e interdisciplinaridade que regem a filosofia da maternidade. Tem como finalidade promover estratégias educativas em saúde, focadas principalmente em mulheres, a partir do 3º trimestre de gestação e seus acompanhantes (ROVARIS et al., 2018; LIMA, et al., 218).

Todas as inscrições são feitas diretamente com o setor de psicologia do hospital. Ao total são realizados oito encontros semanais,

¹⁰ Termo atribuído pelo profissional Naturólogo para referenciar a pessoa que busca o cuidado. Na visão da Naturologia, a pessoa cuidada não se encontra em um estado de passividade (paciente) durante o processo terapêutico, pois interage, reflete, atua e também é corresponsabilidade por sua saúde.

com duração média de três horas. Finalizadas as atividades, um mês depois que todos os bebês do grupo nascem, é agendado um reencontro. Nele, as mães relatam ao grupo suas experiências, desafios e facilidades encontradas na vivência da maternidade, tendo seus depoimentos gravados e transcritos.

Também é criado um espaço virtual próprio para cada grupo no aplicativo do *WhatsApp* no primeiro dia, que permanece disponível por tempo indeterminado. Nesse local, é incentivado a troca de experiências, dúvidas, anseios e também os relatos das vivências de parto de cada mulher, criando uma rede de apoio entre elas e os acompanhantes que continua mesmo após o término dos encontros.

Esta proposta de investigação faz parte de um macroprojeto de pesquisa, aprovado pelo comitê de ética da UFSC sob o parecer de número 2.051.643/2017 e CAAE número 63797417.4.0000.0121. Logo, todos os participantes tiveram conhecimento sobre sua ocorrência antes que a coleta fosse iniciada. A eles foi dado no primeiro dia, uma ficha de inscrição contendo perguntas sociodemográficas e obstétricas; e um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que permitiu a utilização de seus relatos gravados (último encontro) e escritos (dados retirados do *WhatsApp*).

Como critérios de inclusão ao estudo, adotou-se: ser mulher e participar do grupo pesquisado e para exclusão: ter idade igual ou menor a 18 anos. Ao total, participaram 23 gestantes. Delas 19 forneceram suas experiências pós-nascimento no aplicativo do *WhatsApp*; e apenas 10 compareceram ao reencontro, tendo seu depoimento gravado.

Foram assegurados os cuidados éticos e de anonimato postos nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde, descritos na Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012) e 510/2016 (BRASIL, 2016); a identidade de todas as mulheres foi retirada e substituída pela letra M e um algoritmo numérico, que seguiu ordem crescente conforme exemplificado: M1, M2...

Para coleta de dados foram feitas: a observação não-participante (O.N.P) dos encontros do grupo e a análise documental dos relatos do *WhatsApp* (C.W) e dos depoimentos gravados (D.G). Sendo que a mesma ocorreu no período de março a agosto do ano de 2018.

Durante o processo de observação, foi utilizado um roteiro pré-elaborado pela pesquisadora. Por meio dele foram investigadas as características do local e sua estrutura; os participantes, incluindo temas de interesse, dúvidas, saberes demonstrados e relatos relacionados ao processo da maternidade; bem como a conduta profissional perante o

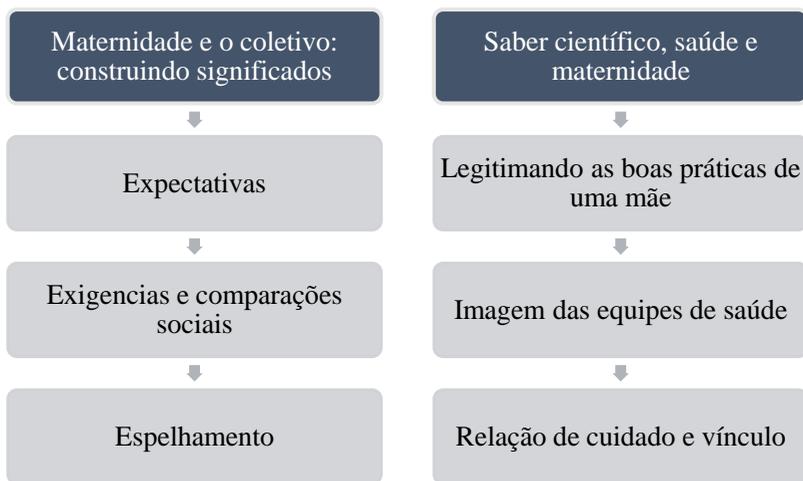
grupo. Essas observações foram registradas pela pesquisadora em um diário de campo, durante o momento da coleta. Dos relatos de *WhatsApp*, foram coletadas apenas as informações relacionadas ao pós-nascimento, incluindo relato de parto, dificuldades e surpresas vividas com a chegada do bebê, ajustes e soluções.

Como método de análise, optou-se pela proposta operativa de Minayo (2014), visto ser uma estratégia que permite a integração entre o processo empírico das mulheres e o contexto do grupo pesquisado. Para isso, foi feito o mapeamento das determinantes fundamentais do campo estudado, por meio de uma revisão de literatura. Em seguida, foi iniciada a coleta dos dados que serviu de base para comparar o processo teórico com o contexto estudado sendo que todo processo foi sustentado pelo referencial teórico do Interacionismo Simbólico (IS).

Após, foi realizada a interpretação e agrupamento dos fatos empíricos, observados em categorias de sentido. Essas informações foram separadas por cores em tabelas, criadas no programa *Word Office 360*, para cada estratégia de coleta. Depois, realizou-se a análise por inflexão do conteúdo concreto e abstrato dos dados, visando compreender o sentido que os permeava. Destas, foram geradas duas categorias principais e seis subcategorias, ilustradas abaixo pela Figura 5. A primeira intitulada: maternidade e o coletivo: construindo significados, com três subcategoria: expectativas; exigências e comparações sociais; espelhamento. A segunda categoria que emergiu foi: saber científico, saúde e maternidade, com três subcategorias: legitimando as boas práticas de uma mãe; imagem das equipes de saúde; e a relação de cuidado e vínculo.

A descrição do processo investigativo feito nesse estudo, tomou por base os Critérios Consolidados de Comunicação de Estudos Qualitativos (COREQ): 32 *checklist*.

Figura 5 – Organograma: categorias e subcategorias das influências na construção do significado da maternidade de mulheres interagentes de um grupo de casais grávidos.



Fonte: construído para fins do presente estudo, Florianópolis/SC, 2018

RESULTADOS

CONHECENDO O PERFIL DAS INTERAGENTES

As interagentes apresentaram idade entre 19 e 39 anos de idade. Destas, apenas 14 eram casadas ou estavam em união estável. Em termos de escolaridade, 19 disseram cursar ou já ter concluído o ensino superior, e quatro o 2º grau. Quanto a religiosidade das participantes, houve menção apenas da religião católica ou cristã.

Quanto as informações gestacionais, 20 mulheres eram primigestas e três estavam na segunda gestação. Destas, 16 declararam que sua gestação foi planejada. Com relação ao pré-natal, todas afirmaram estar fazendo o acompanhamento: seis em rede pública, 13 na privada e quatro em ambas. Apenas uma participante declarou já ter participado anteriormente de um grupo de gestantes e/ou casais grávidos.

O tempo gestacional do grupo foi heterogêneo, comportando 15 até 35 semanas. Essa diferença ocasionou o nascimento de vários bebês antes do fim das atividades, resultando em saídas precoces. Também ocorreram desistências e novas inclusões durante o desenrolar do grupo.

Todavia, por usar a estratégia da triangulação, todos os dados obtidos foram considerados nos resultados.

MATERNIDADE E O COLETIVO: CONSTRUINDO O SENTIDO

Expectativas

Durante o desenrolar de todo processo gravídico e de nascimento, as mulheres interagentes trouxeram como ponto de influência sobre o conceito de maternidade, as expectativas do *modus operandi*, expressas sobre a maternidade por seu meio social, como uma prática intuitiva e fácil de ser vivenciada.

(O.N.P) M3: *“Percebo que muita gente diz que quando o bebê nasce tudo é instinto. Você vai dar de mamá por instinto; você vai trocar fralda por instinto... Parece que a maternidade é quase um processo mediúnico, depois que o bebê nasce, algo “desce” e tudo é instinto!”.*

(O.N.P) M5 *“As pessoas me perguntam se eu estou ansiosa para conhecer minha filha e eu digo que não. Aí elas me olham assustadas, “mas como assim você não está ansiosa?”. O que me deixa ansiosa é o depois, enquanto ela está aqui dentro, eu estou dando conta de tudo, eu consigo lidar com a situação. Depois que sair de mim, aí eu não sei o que esperar! Não sei se eu vou dar conta ou não... Às vezes fico pensando, será que eu sou uma má mãe por não estar ansiosa, querendo ver o rosto da minha filha?”.*

(D.G) M3: *“a mamada a primeira semana foi mais difícil porque deu umas fissurinhas pequenas [no seio], mas também, na hora de amamentar meu marido falava “meu Deus tu arruma tudo pra fazer na hora de amamentar”. Aí eu falava, “calma cara, calma, é um preparo psicológico, porque eu sei que agora vai doer”*

Exigências e comparações sociais

Muitas trouxeram a cobrança exercida do meio para que reproduzissem e desempenhassem com esmero, o comportamento de outras mulheres, deslocando-se o papel de ser apenas mãe e a amamentação como requisito para ser boa mãe.

(D.G) M5: “A minha sogra teve 8 [filhos], aí tu escuta isso também, né “ah, mas a mãe teve tanto...ah mas a fulana...” sabe”?

(D.G) M3: “A gente fala da maternidade às vezes para os outros e eles falam “mais fulana de tal teve 12 filhos”. Desculpa eu não quero ser uma mãe frustrada, eu quero ser uma mãe feliz com a maternidade e para eu ser feliz com a maternidade eu preciso de apoio. Antigamente as mulheres não viviam para elas, elas vivam para o marido e para os filhos. Eu não quero isso pra mim. Então, desculpa, se ser parideira de 12 filhos hoje, é exemplo para ser supermãe. Eu não quero ser supermãe, porque hoje eu converso com a minha vó, e minha vó tem muitas frustrações, tem 12 filhos? Tem! criou, trabalhou, fez comida, se dedicou. Ela é uma baita de uma mãe? É! Mas como mulher ela tem inúmeras frustrações e eu não preciso ter isso”

(D.G) M9: “Eu queria amamentar ela [a bebe] sim, e fazia um esforço. Mas assim, no fim eu percebi que era pelos outros e não para mim, porque eu não sou menos mãe ou mais mãe por amamentar [...] Para mim, ainda bem que tem a fórmula, a mamadeira [...] quando ela mamou a primeira vez eu fiquei “graças a Deus que eu não vou mais precisar amamentar”, sabe?”

Espelhamento

Fosse dentro ou fora do grupo, a interação com outras mulheres que passam ou passaram por situações similares às enfrentadas, foi um fator importante trazido pelas participantes que as ajudou a superar momentos de conflito e a vivenciar a maternidade.

(C.W) M1: “É bem difícil falar sobre o que deu fora do idealizado... Mas é libertador... No meu caso o parto não foi o que idealizei apesar de ter conseguido parto normal sem analgesia... Mas o início da amamentação entre outras coisas foi muito difícil... [...] Sempre achamos que a nossa situação é a pior, mas depois de ouvir vocês vejo e agradeço a Deus pelo que passei”.

(C.W) M16: “muito obrigada a todas, pelas dicas, conversas, incentivos e coragem! Quando eu sentia que não conseguiria mais, lembrava de nós juntas, dos desejos e sonhos que compartilhamos e da expectativa para esse momento!”

(C.W) M16: *“Tenho aprendido que leva um tempo até conseguirmos falar sobre nossas dificuldades e agonias nessa aventura que é a maternidade (tivemos algumas por aqui também), e não é nada fácil...”*

(C.W) M17: *“Nossa sofri muito também quando comecei a escutar a palavra “complemento”. Não dormia de nervosa, fiquei ansiosa, estressada, e tudo isso só piorou a produção [do leite materno] ... hoje conseguimos diminuir a fórmula, ela toma duas vezes ao dia, mas eu aceitei e me sinto melhor! Mas só passei a aceitar de fato quando fui conversando com as amigas e vendo que muuuita gente passava pelo mesmo!!”*

SABER CIENTÍFICO, SAÚDE E MATERNIDADE

Legitimando as boas práticas de uma mãe

Perante as novidades do período, todas trouxeram a busca por conhecimentos derivados do saber científico para conduzir suas ações, para decidir, agir e exercer a maternidade, como demonstrado nos relatos abaixo.

(C.W) M2: *“Uma das coisas que eu não queria era ter que ir para uma indução. Tinha medo. Então, nesse dia, além da caminhada, consumi várias Tâmaras (já havia iniciado o consumo com 36 semanas), pois há um estudo dizendo que com uma substância semelhante a ocitocina, a tâmara poderia facilitar o trabalho de parto onde as mulheres que consumiram a fruta nos últimos meses de gestação tiveram a dilatação facilitada. Já havia lido que namorar com o papai também ajuda a estimular o trabalho de parto!”*

(O.N.P) M12: *“Antes de entrar para a faculdade de psicologia, o meu sonho era fazer uma cesariana. Depois que comecei a estudar isso mudou, agora quero um parto humanizado”.*

(O.N.P) M13: *“Nunca me imaginei mãe, não tenho conhecimento de quase nada, então vim aqui aprender a ser uma boa mãe”.*

(O.N.P) M14 *“achei muito legal da parte da minha doula ela me incentivar a buscar informações de tudo que está acontecendo com o meu corpo. Ela não tentou simplesmente me influenciar a fazer o que ela quer, ao contrário, ela me incentivava a buscar*

informações para que eu tenha condições de decidir o que eu quero fazer”.

Imagem das equipes de saúde

Para as participantes, a imagem formada empiricamente das equipes de saúde foi fator de medo e ansiedade. As participantes expressaram insegurança para fazer um parto idealizado e planejado diante da realidade apresentada. Nas falas a seguir, é possível observar a desconfiança gerada entre o que é dito e feito pelos profissionais.

(O.N.P) M2: *“A minha obstetra que, além de ser minha médica, também é minha amiga, me falou que que ela mesma nem lê o plano de parto e isso me desanimou muito a fazer. Ela disse que não adianta ler, porque tudo vai depender das circunstâncias e do que vai acontecer lá na hora. Então é tudo baseado na conversa, não dá para ficar presa ao papel. Então, nem sempre ter um plano ajuda... Nem sempre é assim.”.*

(O.N.P) M3: *“Me preocupa não conhecer a equipe que fará meu parto. Tenho visto vários vídeos de mulheres que idealizam o parto humanizado e que quando chegam no hospital se frustram. Eu tenho medo de não poder reivindicar tudo que eu idealizei, de poder colocar música no quarto, assumir a posição que eu quero... Fico me perguntando se eu não tivesse vindo no grupo, se isso teria sido melhor. No dia que foi falado da amamentação e dos cuidados com o bebê mesmo, sai daqui apavorada! Achei que teria sido melhor se eu não tivesse vindo”.*

(O.N.P) M5: *“E até que ponto forçar um parto natural também é seguro? Eu vejo isso no sistema único de saúde. A preferência e o incentivo ao parto normal, inclusive por uma questão de custos e cotas para o procedimento da cesariana, mas até que ponto isso é forçado quando se tem uma situação de risco?”*

(O.N.P) M15: *“Já ouvi uma enfermeira dizendo que não é simpático chegar com o plano de parto. A pessoa já chega dizendo o que quer e o que não quer, é antipático”*

(O.N.P) M16: *“Eu percebo muito essa fragilidade. Muitas amigas minhas na hora do parto, tiveram cesarianas porque foram induzidas com informações clínicas, que aqui no curso foram desconstruídas. E eu fico me perguntando, e quando eu estiver lá, fora de mim? Se um médico vier pra mim dizendo que*

eu preciso fazer uma cesariana porque meu filho está correndo risco, é claro que eu vou fazer, mesmo sem saber se aquilo é verdade ou não.

Relação de cuidado e vínculo

A relação de vínculo entre os profissionais de saúde e as mães, dentro e fora do grupo, se revelou um fator de extrema importância, servindo-as como fonte de força, suporte, segurança e apoio diante de situações difíceis, para superá-los no exercício da maternidade. Contudo, quando a assistência foi exercida sem respeito e/ou cuidado, demonstrou efeito inverso, ilustrado na fala da participante M11.

(C.W) M2: *“Eu sinceramente achava que não ia conseguir, que não teria força suficiente [para realizar o parto], mas ela [obstetra] sempre me dava apoio, dizia que estava excelente, que faltava pouco! Para mim, foi força divina aquela mulher comigo! Dá medo, dá muito medo, parece que você vai desmaiar antes de chegar lá! Dá medo por você, pela sua filha, mas eu me senti em ótimas mãos, me senti segura!”* Eu estava lá na partolândia, mas conseguia perceber quase tudo, percebi quando ela pediu para baixarem a luz para não atrapalhar a nossa ocitocina, ela colocou música para nós e coincidência ou não era aquela que eu escutava na gestação e chorava litros”

(C.W) M3: *“Neste processo de recuperação [da cesariana] agradeço a [nome da enfermeira do grupo] imensamente, pois ao assumir o plantão e me ver ali, logo me auxiliou com a amamentação e me fez sentir um pouco melhor.”*

(C.W) M5: *“Ficamos à espera da minha médica, Dra. [nome da médica], quando ela chegou, jamais esquecerei, daquelas mãos geladinhas tocando nas minhas mãos (fez muito frio naquela manhã) mas, naquele momento, foi umas das melhores sensações que tive, pois ela estava alí comigo, e aqueceu meu coração... e logo foi nos passando todas as orientações para seguirmos com o plano do parto normal, o qual eu particularmente desejava muito!”*

(C.W) M7: *“A equipe do [nome do hospital] foi incrível! Demos sorte pois não estavam recebendo internação e fomos pela dica de pedir uma avaliação, o que deu certo!”*

(C.W) M9: *“Quando tive o ingurgitamento também não queria sair por estar mal, mas o que me motivou a ir foi a febre, que me deixou preocupada. Ainda bem que fui, pois, a orientação foi ótima e agora consigo ordenhar. [nome da bebê] também está mamando muito bem”*

Participante M11 comentou no grupo do *WhatsApp* que o seu bebê chegou a desnutrição por causa da amamentação. Como ela e o filho estavam tendo dificuldades, foram indicados pela pediatra a irem a buscarem ajuda em um serviço que presta orientação/auxílio sobre o processo de amamentação.

(C.W) M11: *“Passei a tarde toda lá. Peguei uma moça bem grossa. Não sei se aconteceu com vocês, foi bem horrível. O [nome do bebê] só chorava, ele não queria nem ficar no meu colo de tanto chorar e ela forçava muito ele no peito. Domingo à noite foi a última vez que ele pegou o peito. Aí sai do [local indicado] com a mulher falando “Boa sorte, teu bebe não mama””*

DISCUSSÃO

As interagentes apresentam elevado grau de escolaridade e instrução sobre o tema da maternidade e trouxeram o interesse pelo grupo como uma busca complementar à sua assistência. Em diferentes graus, todas estavam amparadas por uma rede de suporte no processo, fosse a existência de um relacionamento afetivo estável ou mesmo por outras relações familiares.

Na categoria “maternidade e o coletivo: construindo significados”, foi possível observar as “expectativas” sociais vividas pelas interagentes, para que desempenhassem funções maternas já pré-estabelecidas, compreendidas como inatas, instintivas e de dever das mães. Outro ponto exposto, foi a exigência exercida sobre elas para atuarem imediatamente frente às necessidades do bebê, independentemente de sua condição física ou estado psicológico (relato de M3). Percebe-se em suas falas, a existência de um ideal social, que credita à chegada do bebê, o despertar intuitivo para o desenvolvimento de seus cuidados. Tal fato acontece como se algo naturalmente “descesse” nas mulheres e às tornassem aptas a cumprir o papel da maternidade, como ilustrado por M3.

O estranhamento causado quando os pressupostos de seu meio não eram correspondidos por elas, se revelou um fator de influência importante no processo. A frustração gerada a terceiros quando as ações maternas esperadas, não eram desempenhadas ou desejadas pelas mães,

as levaram a se questionarem sobre sua imagem enquanto boas mães, conforme fala de M5.

Para alguns autores, essa relação nasce dos postulados médicos da modernidade que, voltados apenas ao funcionamento fisiológico feminino, associaram a normativa correta de seus corpos (parir e procriar), a sua “moral” (ser mãe, carinhosa e submissa), onde definiram o estado saudável/patológico das mulheres, tomando por base o desempenho natural de suas funções. Mulheres desviantes eram rotuladas como imorais, perversas e/ou psicologicamente incapazes de sentir amor no meio social, criando uma associação tosca no imaginário coletivo, entre a figura “não-mãe”, o transvio comportamental e o indício da loucura (VÁZQUEZ, 2014; CLEMENS, 2015).

Na visão interacionista, essa “indissociabilidade” entre sujeitos e sociedade acarreta a identificação por parte da pessoa dos elementos subjetivos das interações humanas, nas quais os símbolos são formados. Assim, para que uma mãe os reconheça, precisa tomar para si, os mesmos valores, incorporando a representação simbólica da vontade, dos sentimentos e das crenças de seu meio, e fazendo deles fonte de orientação às suas ações. Desta forma, sua autoimagem deriva em resposta à apropriação desses significados, engendrada em expectativas e concepções pré-estabelecidas. Quando em uma interação entre sujeitos, a ação escolhida difere da imaginada pelo interlocutor, a comunicação entre ambos fica fragilizada, gerando a dúvida sobre o desempenho de seus papéis. Isto se dá porque o sentido expresso e o capitado por cada parte, não são os mesmos (LANEY et al., 2015; CASAGRANDE, 2016).

Na subcategoria “expectativas e comparações”, a questão se mostra mais claramente. Os depoimentos apontam que as mulheres são expostas a algumas influências psicológicas e sociais para que reproduzam o comportamento de seu contexto, seja imitando outros modelos maternos (relato de M3 e M5) de ser apenas mães, ou mesmo exercendo condutas valorizadas, que compõem o bojo da mãe imaginária daquele coletivo, como amamentar o filho sem desejá-lo. Para essa questão, a fala de M9 é ilustrativa. Ao comentar que tentava amamentar pelos outros e não por vontade própria, a participante expõe o elemento de valia ao meio (amamentar) e ao mesmo tempo, mostra o conflito causado ao ser imposto como parte de sua singularidade.

Ao olhar interacionista, o modo com que as relações são pactuadas em um coletivo, disseminam de forma trivializada o arquétipo de como algo deve ser, disseminando as vontades e as crenças compartilhadas como regras às ações comportamentais das pessoas. Consequentemente, aqueles que desejam ser “incluídos” como parte do todo, precisam

assumir a “linguagem” usada para se comunicar de modo semelhante, criando uma relação que se retroalimenta (CASAGRANDE, 2016).

Na visão de alguns autores, a principal influência para a construção do significado da maternidade na sociedade, foi a mãe passar a amamentar o filho. Esse ato, expressado pelos carinhos físicos entre ambos ganhou valor afetivo e fez desse momento motivo de alegria, de orgulho, prestígio e importância no imaginário coletivo. Ao mesmo tempo, fomentou o crescimento do mal-estar e da culpa no inconsciente das mulheres, quando não desejavam ou não conseguiam executar esta prática; fazendo-as oscilar entre a felicidade e a frustração (NEITERMAN, 2015; LANZETTA; BITTENCOURT, 2016).

Comentando essa questão, Clemens (2015), diz ser comum no discurso das mães o regozijo de seu estado, mesmo quando o sentimento real não é compatível, pois há uma crença em seu íntimo, que dita o que uma mãe deveria manifestar, limitando-as a função da “mãe feliz e realizada”. Corroborando com a questão, outros autores afirmam que as narrativas generalizadas e discursivas da maternidade, como por exemplo a amamentação, precisam ser refletidas de forma crítica. Caso contrário os valores humanos envolvidos no processo são perdidos, ficando apenas à serviço de moldar o lugar social da mulher e da criança. Outros ainda apontam falta de visibilidade dada na mídia, na literatura e mesmo no meio científico aos assuntos “tabus” da maternidade, restringindo o campo de discussão ao silêncio e ao conformismo (SALES; COUTINHO; SOUZA, 2015; DONATH, 2015).

Entretanto, quando M9 diz não ser mais ou menos mãe por não amamentar, coloca a imagem da “boa mãe” em outro prisma, onde transforma a ação valorizada em um elemento do contexto, mas não algo integrado à sua identidade materna. Diante das informações fornecidas pelo grupo, a participante pode ter acesso aos benefícios da amamentação sem que lhe fossem imputados o valor social e a culpa. Dessa forma, a mulher pode escolher, de forma consciente, a ação que lhe fazia mais sentido, onde optou pela não adesão da amamentação. O mesmo ocorre quando M3 afirma não querer ser como as mulheres “frustradas” de antigamente. Estas posturas criam uma nova organização para si, com novas regras, condutas e valores simbólicos que até então não existiam. Do sentimento de insatisfação e conflito, ambas passam a operar fora dos determinantes do meio, criando outros símbolos e elementos para sua própria maternidade (NUNES, 2013; BLUMER, 2014).

Para o IS, essa capacidade de ressignificar elementos é o que torna os seres humanos os agentes de sua realidade, que não simplesmente responde ao meio, mas sim o interpretam em sua própria auto interação.

Da imagem que faz de si e os possíveis resultados de sua ação, cada mulher pensa sua conduta segundo os seus objetivos, os meios disponíveis, seus desejos e necessidades, moldando seu campo de ação, segundo o que é concebível para si. Paralelamente, cria e torna possível que demais pessoas se identifiquem com esses novos valores e os endossem, gerando outros grupos sociais (NUNES, 2013; BLUMER, 2014).

Dessas interações, nasce o “espelhamento” trazido na terceira subcategoria. Ao partilharem suas experiências com o social e se verem nas narrativas das outras mulheres, as interagentes puderam superar suas dificuldades. Essas vivências compartilhadas, libertaram, como trazido por M1, culpas e remorsos por tudo que não foi alcançado dentro do ideal da maternidade. A convivência estabelecida dentro do grupo de casais grávidos, como observado nos relatos, se mostrou um fator de influência crucial para as mulheres, contribuindo tanto para a construção e reelaboração de sua imagem, como também para (re)significar a maternidade. Assim, o grupo atuou como elemento de reconhecimento, transformação, apoio, aprendizagem e companheirismo (CAMILLO, et al., 2016; TEIXEIRA et al., 2016; LIMA et al., 2018).

Blumer (2014) descreve esse processo como uma necessidade humana de mirar-se no lugar de outra pessoa, “objetivando-se” por intermédio de como os outros o veem ou o definem. Tal qual uma menina, que ao brincar de casinha, imita os mesmos trejeitos de sua mãe; uma mulher pertencente a uma determinada cultura, constrói a sua identidade incorporando características de outras mulheres de seu convívio. Assim, a consciência que cada uma tem de “si mesma” parte dessas relações, que lentamente são processadas e acomodadas ao seu campo pessoal (BLUMER, 2014; LANEY, et al., 2015; CHAE, 2015; CASAGRANDE, 2016).

Essa mesma questão identitária, também aparece na subcategoria “legitimando as boas práticas de uma mãe”, ocorrendo agora na aproximação dos conhecimentos disseminados pela ciência. Aqui, os saberes acadêmicos são tomados pelas mulheres como guia para suas atitudes (M2, M14), escolhas (M12, M14) e também para construção de sua imagem materna (M12). Atuando como espelho e medida para suas atitudes, visto que através dele, poderiam “aprender a serem boas mães” (M13).

Chae (2015) denomina as mulheres que procuram os recursos da ciência de “mães alfa”. Pessoas de alta educação e conhecimento de tecnologia, que tem por principal objetivo alcançar a excelência materna. Elas adotam as informações midiáticas sobre a criação de filhos, como

guia de conduta e caminho para avaliação de suas habilidades e competências. Ela descreve essas mães como frutos da ascensão tecnológica do século XX. Haja vista que a internet passou a ser o alicerce referencial das mães, especialmente para aquelas com idade entre 20 e 30 anos (faixa etária predominante entre as mulheres do grupo pesquisado). Para esta geração, a internet se tornou o objeto de consulta e construção de conhecimento materno (CHAE, 2015).

Em contrapartida, mídia e comércio pautado em seus próprios interesses, iniciaram uma gama de ofertas direcionados a maternidade, promovendo produtos lácteos, acessórios infantis, cosméticos maternos e cursos especializados, que prometiam melhorar o desempenho e garantir a saúde de ambos. Foi criado um nicho de mercado voltado a maternidade que mais tarde, se reverteu em um problema de saúde, denunciado pela ciência (SALES; COUTINHO; SOUZA, 2015; TOMAZ, 2015; COLARES; MARTINS, 2016).

Para muitos autores, a relação entre as *práxis* da “boa mãe”, muito reflete os primeiros postulados da puericultura científica de 1760 que, visando combater as altas taxas de mortalidade infantil da realidade colonialista, se voltaram as mães. De lá para cá, uma série de documentos, cartilhas e guias de passo-a-passo foram publicados, descrevendo como os cuidados da criança deveriam ocorrer. E em meio a diferentes discursos e interesses, foi construído a concepção daquilo que uma mãe deveria, ou não, fazer (GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2014; SALES; COUTINHO; SOUZA, 2015; TOMAZ, 2015).

Ao mesmo tempo, fez crescer a figura do médico, detentor desses conhecimentos, fomentando um modelo que alienou a mulher das competências de seu próprio corpo. Como consequência o parto, outrora de domínio feminino, foi institucionalizado, criando uma epidemia mundial de intervenções obstétricas desnecessárias, que até hoje perduram no Brasil (CASSIANO et al., 2014; GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2014; NEITERMAN, 2015; NASCIMENTO et al., 2015; CLEMES, 2015; SALES; COUTINHO; SOUZA, 2015; TOMAZ, 2015; CHAE, 2015).

Mesmo com as várias iniciativas da OMS e do MS brasileiro para restaurar o empoderamento da mulher sobre a maternidade, a desconfiança enfrentada ainda é grande; como observado nos depoimentos da subcategoria “a imagem das equipes de saúde”. Existe uma linha tênue entre a segurança e a impotência das mães frente aos profissionais que lhes dão assistência. A gama de informações errôneas repassadas pelo coletivo, serve à muitos profissionais para justificar práticas interventivas, que não deveriam acontecer. Quando M16 comenta

ter desmistificado várias delas durante os encontros, que levaram suas conhecidas a aceitarem intervenções como a cesariana; o jogo de poderes existente é revelado, permitindo colocar em “xeque” todas essas condutas de forma crítica e reflexiva.

Mesmo as estratégias mais humanizadas, também foram questionadas, visto que também podem assumir valor impositivo. Na fala de muitos autores, essas práticas são firmadas como a melhor garantia para o nascimento e criação que uma mãe poderia oferecer aos seus filhos, mesmo não sendo uma escolha possíveis para todas elas. Um apelo a favor do natural que outrora era dado à prática intervencionista. Assim, quando a participante M5, questiona até que ponto um parto natural é forçado, sem que se adentre, também, em uma situação de risco, revela os polos problemáticos de um mesmo discurso. E sinaliza que até mesmo as práticas mais naturais podem ser desumanas quando generalizadas e imperativas (NEITERMAN, 2015; RIEMENSCHNEIDER, 2016).

Concomitantemente, no caso do grupo, percebe-se que o acesso à informação e a possibilidade dialógica direta com os profissionais de saúde, tem favorecido a manifestação e o pensar sobre esses assuntos; beneficiando o empoderamento da mulher no processo de nascimento. Significados similares são encontrados em uma revisão integrativa, no qual se verificou que mulheres participantes de grupos de gestantes/ou casais grávidos assumem posição de promotoras de conhecimento umas das outras, evitando a postura de receptoras comum ao modelo tradicional. O diálogo se revelou um fator de influência determinante nesse processo, muito embora o conhecimento profissional tenha se dado de forma verticalizada nos trabalhos analisados, diferindo do modo exercido no grupo estudado (CAMILLO et al., 2016).

O mesmo é posto para o âmbito das “relações de cuidado e vínculo” descritas na última subcategoria. Aqui, novamente é estabelecida a construção do “eu-objeto” comentada anteriormente, partindo dessa vez do espelhamento entre as mães e os profissionais de saúde (BLUMER, 2014). Essa relação demonstrou ser uma influência de poder ambíguo no processo da maternidade. Ora proveu os subsídios necessários para o apoio (relato de M2; M7; M9) e o empoderamento das interagentes (relato de M5); ora originou frustração e mal-estar, como indicado na fala de M11. A formação de vínculos nesses casos, demonstrou ser uma tecnologia de cuidado determinante para a realização de uma assistência humanizada, onde até “mãos frias” se transformam em balsamos, com capacidade de “aquecer corações”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse trabalho buscou-se compreender as influências na construção do significado da maternidade vivenciados por mulheres interagentes de um grupo de casais grávidos. Ao final, constatou-se que os ideias da maternidade formados e compartilhados pelo coletivo, agiram como fator influência e expectativa sobre as mães, para que reproduzissem comportamentos já normatizados e esperados pelo coletivo.

O peso simbólico dado aos elementos da maternidade por cada instância social e pelas inter-relações humanas estabelecidas, formou um arcabouço de exigências e comparações sobre as mulheres que as levaram a se questionarem sobre seu desempenho. As boas práticas legitimadas pela ciência, a confrontação com outros modelos maternos e a relação estabelecida com os profissionais da saúde, agiu como fator de validação ao processo da maternidade, atuando diretamente no modo como era assimilado pelas mães.

O processo de espelhamento obtido na convivência com outras mulheres e com os profissionais de saúde, também serviu a elas de modo categórico para a construção do significado da maternidade, agindo diretamente sobre sua imagem, performance e bem-estar. Logo, é preciso considerar não apenas a aptidão das mães para reproduzir os comportamentos e práticas desejadas pelo meio, mas sim a sua capacidade psíquica para incorporá-las a fim de evitar danos e desconfortos desnecessários.

Considera-se que esse estudo cumpriu ao seu propósito inicial. Demonstrou a valia dos vínculos humanos como um instrumento de cuidado e sua forte influência nos estados de saúde. Possibilitou visibilidade aos grupos de casais grávidos como um local de educação e empoderamento, bem como sua colaboração à conquista da promoção da saúde. Como limitações do estudo, pontua-se a pouca familiaridade da pesquisadora com o tema, antes do estudo e o grande volume de dados coletado.

REFERÊNCIAS

BARRETO, C.N. et al. “O sistema único de saúde que dá certo”: ações de humanização no pré-natal. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.36, esp., 2015, p. 168-179. Disponível em <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/56769/36789>>. Acesso: 30 out. 2018.

BLUMER, H. *The nature of symbolic interactionism*. In: MORTENSEN, C. D. (Org). **Communication theory: second edition**. London: Transaction Publishers, 2014, p. 102-121.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes de atenção à saúde no sistema único de saúde**. 2012. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4342690/mod_resource/content/1/Apostila%20MS%20-%20RAS_curso%20completo-M%20C3%B3dulo%20-APS%20nas%20RAS%20-%20Pg%2031-45.pdf>. Acesso: 13 set. 2017.

_____. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **OMS publica novas orientações sobre pré-natal para reduzir mortes de mães e bebês**. ONUBR Nações Unidas do Brasil, 2016. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/oms-publica-novas-orientacoes-sobre-pre-natal-para-reduzir-mortes-de-maes-e-bebes/>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

CAMILLO, B.S. et al. *Health education actions in primary attention to pregnant and puerperal woman: integrative review*. **Journal of Nursing UFPE online**, Recife, v.10, sup.6, dez., 2016, p. 4894-4901. Disponível em <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11270>>. Acesso: 1 nov. 2018.

CASAGRANDE, C. A. Interacionismo simbólico, formação do *self* e educação: uma aproximação ao pensamento de G. H. Mead. **Rev. Educação e Filosofia**, v.30, n.59, p.375-403, jan./jun. 2016. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/EducacaoFilosofia/article/view/24821>>. Acesso: 3 ago. 2017.

CASSIANO, A. C. M. et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Rev. do Serviço Público de Brasília**. v.65, n.2, p.227-244, abr/jun, 2014. Disponível em: <<https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581/499>>. Acesso: 6 mai. 2017.

CHAE, J. “*Am I a better mother than you?*” *media and 21 st-century motherhood in the contexto of the social comparison theory*. **Sage Journals**. v. 42, n.4, p.503-525, 2015. Disponível: <

<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0093650214534969>.
Acesso: 27 out. 2018.

CLEMENS, J. A. **(mal) dita maternidade:** a maternidade e o feminino entre os ideais sociais e o silêncio. 2015. 269f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015. Disponível em:
<<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/135263/334781.pdf?sequence=1>>. Acesso: 15 abr. 2017.

COLARES, S. C. S.; MARTINS, R. P. M. Maternidade: uma construção social além do desejo. **Rev. de Iniciação Científica da Universidade do Rio Verde, Três corações.** v.6, n.1, p.42-47, 2016. Disponível em:
<<http://periodicos.unincor.br/index.php/iniciacaocientifica/article/download/2654/2290>>. Acesso: 6 abr. 2017.

CORREA, F. P.; SERRALHA, C. A. A depressão pós-parto e a figura materna: uma análise retrospectiva e contextual. **Rev. Acta Colombiana de psicologia.** v. 18, n. 1, p. 113-123, 2015. Disponível em:
<http://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas_ucatolica/index.php/acta-colombiana-psicologia/article/view/147/188
<http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2015.18.1.11>>. Acesso: 10 mar. 2017.

DONATH, O. *Regretting Motherhood: a sociopolitical analysis.* **Chicago Journals: Signs.** v.40, n.2 (Winter) 2015, p.343-367. Disponível em:
<<https://www.journals.uchicago.edu/doi/full/10.1086/678145>>. Acesso: 29 out. 2018.

GALVÃO, A C. C.; JÚNIOR, F. J. G. S.; MONTEIRO, C. F. S. Prevalência de depressão pós-parto e fatores associados: revisão integrativa. **Rev. Ciência & Saberes,** v.1, n.1, ago/out. p.54-58, Maranhão, 2015. Disponível em:
<<http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/3/14>>. Acesso: 11 abr. 2017

GRADVOHL, S. M. O.; OSIS, M. J. D.; MAKUCH, M. Y. Maternidade e formas de maternagem desde a idade média à atualidade. **Rev.**

Pensando Famílias, v.18, n.1, p.55-62, jun., 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2014000100006>. Acesso: 15 abr. 2017

LANEY, E.K. et al. Becoming a mother: the influence of motherhood on woman's identity development. **Identity: Intern. Journal of theory and research**. v.15, 2015, p. 126-145. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15283488.2015.1023440>>. Acesso: 28 out. 2018.

LANZETTA, R. C.; BITTENCOURT, M. I. G. F. Apoio comprado: formas contemporâneas de suporte à maternidade. **Rev. Polemica**. v.16, n.1, p. 01-13, fev/mar., 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2014000100006>. Acesso: 7 Abri., 2017.

LEMOS, E. F. **Cuidando da saúde da mulher**: rotinas de pré-natal e ginecologia. 1ed. Florianópolis: Editograf, 2017.

LIMA, M. et al. Contribuições da extensão em um grupo de gestantes e casais grávidos para a formação do enfermeiro. **Rev. Anna Nery**, v.22, n.4, p.1-8, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt_1414-8145-ean-22-04-e20170367.pdf>. Acesso: 07/09/2018.

LOPES, A. R. S.; CARVALHO, A. S. Tornar-se mãe: considerações acerca do lugar da maternidade na contemporaneidade. **Rev. FSA**, v.14, n.2, p.146-170, Teresina, mar./abri. 2017. Disponível: <<http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/1134>>. Acesso: 12 abr. 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 14.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NASCIMENTO, R. R. P. et al. *Choice of type of delivery: factors reposted by puerperal woman*. **Rev.Gaúcha de Enferm.**, n.36, spn, 2015, p. 119-126. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/56496/36778>>. Acesso: 28 out., 2018.

NEITERMAN, E. *Embodied motherhood: woman's feeling about their postpartum bodies*. **Gender e Society**. v.29, n.5, Oct., 2015, p. 670-693. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0891243215591598?journalCode=gasa>>. Acesso: 29 out.,2018.

NUNES, J. H. Interacionismo simbólico e movimentos sociais: enquadrando a intervenção. **Rev., Sociedade e Estado**, v.28, n.2, mai./ago., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922013000200005>. Acesso: 10 jun., 2017.

PORTO, R. A.; MARANHÃO, T. L. G.; FÉLIX, W. M. Aspectos psicossociais da depressão pós-parto: uma revisão sistemática. **Rev. Multidisciplinar e de Psicologia**. v.11, n.34, p.219-245, fev., 2017. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/686/965>>. Acesso em: 18 mar., 2017.

RIEMENSCHNEIDER, P. S. **Maternidade, consumo e sustentabilidade sob a ótica ecofeminista**. 2016. 128f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Direito) - Centro de Ciências Jurídicas, Universidade de Caxias do Sul - RS, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ucs.br/xmlui/bitstream/handle/11338/1132/Dissertacao%20Patricia%20Strauss%20Riemenschneider.pdf?sequence=1&isAlloved=y>>. Acesso: 17 abr. 2017.

ROVARIS, M.L. et al. **Atenção à saúde da mulher e do recém-nascido: manual de boas práticas**. 1ed. EBSERH, UFSC, 2018.

SALES, A. T.; COUTINHO, D.; SOUZA, A. C. A construção histórica da imagem de “boa mãe”: o imperativo da amamentação. **Rev. Formadores: Vivência e Estudos**, v.8, n.3, p.10-22, Cachoeira-BA, dez., 2015. Disponível em: <<http://www.seer-adventista.com.br/ojs/index.php/formadores/article/view/667>>. Acesso em: 09 abr., 2017.

SANTOS, F. A. P. S.; MAZZO, M. H. S. N.; BRITO, R. S. Sentimentos vivenciados por puérperas durante o pós-parto. **Rev. de Enfermagem UFPE on line.**, v.9, sup.2, p.858-863, Recife, fev. 2015. Disponível em:

<<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5773/1160>>. Acesso: 18 abr., 2017.

SILVA, H.C. et al. Sintomas psicofuncionais e depressão materna: um estudo qualitativo. **Psico-USF**, v.23, n. 1, Campinas jan/mar., 2018. p. 59-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712018000100059&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 01 nov., 2018.

TEIXEIRA, F.V et al. Oficina educativa para um grupo de gestantes acerca do período gravídico. **SANARE**, Sobral. v.15, n.1, jan./jun., 2016, p.119-125 Disponível em <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/937/566>>. Acesso: 30 out., 2018.

THEME, MMF et al. *Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: the birth in Brazil National Research Study*, 2011/2012. *Journal of Affective Disorders*, v. 194, p.159-167, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26826865>>. Acesso: 10 jun. 2017.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G. et al. Promovendo a autoestima na gestação: foco no acolhimento. **Rev. Enfermagem em Foco**. v.7, n.2, p.83-86, 2016. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/801/326>>. Acesso: 15 mar., 2017.

TOMAZ, R. Feminismo, maternidade e mídia: relações historicamente estreitas em revisão. **Rev. Galaxia, São Paulo, online**. n.29, p.155-166, jun., 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/gal/n29/1982-2553-gal-29-0155.pdf>>. Acesso: 17 abr., 2017.

VÁZQUEZ, G. G. H. Sobre aquelas que não pariram: mulheres, maternidade, memórias e saberes. In: XVI ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA DA ANPUH-RIO: SABERES E PRÁTICAS CIENTÍFICAS. 2014. **Anais eletrônicos**. Rio de Janeiro: ANPUH, 2014. Disponível em: <http://www.encontro2014.rj.anpuh.org/resources/anais/28/1398360549_ARQUIVO_textoRioanpuh2014.pdf>. Acesso: 20 abr. 2017.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste trabalho, tendo como referencial teórico o Interacionismo Simbólico, foi possível perceber a estreita relação entre os significados designado a maternidade pelo coletivo e suas influências sobre os sentidos dados à experiência materna por cada mulher. A força simbólica impressa pela história e interesses sociais sobre a maternidade, exerceu forte influência no comportamento das mães e lançou sobre elas cobranças e expectativas para que adotassem condutas grupais pré-estabelecidas; fossem de origem empírica, midiáticas ou mesmo providas da ciência.

Destas exigências, foram geradas comparações para legitimar sua performance materna, realizadas através da identificação com outros modelos femininos, da adoção de condutas bem quistas pelo meio e, principalmente, da resposta (positiva ou negativa) de outras pessoas de seu convívio às suas ações; formando um contínuo processo de espelhamento que se retroalimenta.

Independentemente de serem criações humanas, os valores empregados a maternidade foram assumidos pelas mães como parte integrada de sua nova imagem e suas repercussões, assumiram sentido dual na individualidade de cada uma. Ora provendo momento de força, empoderamento, felicidade e prazer, ora períodos de medo, culpa, perda de identidade e estigmatização. Mesmo os sentidos de amor, sonho, cuidado, força e realização atribuídos a maternidade pelas interagentes, também demandaram delas a elaboração de uma nova identidade para serem incorporados; exigindo um processo de renascimento sedimentado em mudanças, responsabilidades, adaptações, renúncias e o enfrentamento de muitos desafios.

Vê-se a importância das relações em grupo nesse processo para a construção e validação da imagem das mães, seja no sentido ideológico ou mesmo das suas experiências reais, estando elas incluídas ou não, no discurso hegemônico romantizado. Da mesma maneira, o relacionamento estabelecido entre os profissionais de saúde e as mães, atuou como os dois pesos de uma mesma balança, principalmente quando dizia respeito ao modo como os fenômenos maternos eram tratados e compreendidos. Agiu tanto a favor do empoderamento, da autonomia e bem-estar das mães; quanto ao surgimento do sofrimento, da culpa e da represália, quando conduzidos de forma indiscriminada. É preciso, portanto, frisar o exercício de um cuidado atento e lembrar desde a formação profissional que os conhecimentos e recomendações mundiais estão à serviço de seres humanos complexos, singulares e sensíveis, não o contrário.

O ambiente do grupo de Gestantes e Casais Grávidos pesquisado, se mostrou um *hall* de possibilidades para o entendimento dessas relações e permitiu a ocorrência de discussões e questionamentos reflexivos sobre os temas de conflito; onde foram relativizados e elaborados à singularidade de cada mulher. Essa conquista é resultado da ocorrência de um trabalho dialógico, humanizado e educativo, pautado principalmente na escuta acolhedora e respeito a equidade; seu grande diferencial.

Esses espaços demonstram ser de grande valia a realização da promoção da saúde, contribuindo significativamente para o alcance do empoderamento da mulher e famílias, por meio de ações educativas e formação de vínculos. Assim, precisam ser melhor explorados em outras realidades e contextos, a fim de gerar comparações reflexivas e identificar pontos de melhoria. Também deixo a proposta para que mais grupos e estratégias similares sejam implantadas na prática, como grupos de puerperas e famílias grávidas, visto que a fase recebe pouca assistência e demanda muitas adaptações.

Assim sendo, os fatores de influência na idealização das normativas da maternidade, bem como os seus significados, formam um emaranhado profundo de construções simbólicas, que não se esgotam ao recorte desse trabalho. Precisam ser discutidos e avaliados constantemente, visto que são articulados à cada contato e situação. Portanto, sugere-se que outros estudos sobre o assunto sejam feitos para ampliar a discussão do tema. Em especial deixo a sugestão para que esse trabalho seja reproduzido por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, para que tragam um novo olhar sobre o tema. Assim como diferentes referenciais, meios metodológicos, perfis e realidades.

Nesse percurso, a estratégia da triangulação juntamente com o referencial teórico do Interacionismo Simbólico e a análise de Minayo, contribuíram expressivamente aos propósitos dessa pesquisa, possibilitando a aquisição de um volume substancial de dados e o aprofundamento do tema, alicerces necessários para a compreensão e articulação das evidências encontradas.

Dos desafios e dificuldades, ficaram o pouco contato da pesquisadora com o tema da maternidade, antes de adentrar no mestrado; a grande quantidade de dados gerados na coleta, irredutíveis a apenas dois manuscritos; e o tempo de elaboração restrito para comportar todas as informações obtidas, mesmo sendo acompanhado apenas um grupo.

Por fim, considera-se que os objetivos iniciais propostos pelo estudo, foram contemplados e trouxeram como contribuições à saúde da mulher, a vigência de um novo olhar para a importância de compreender

e reavaliar os significados da maternidade. Além de trazer maior visibilidade à potência terapêutica dos grupos de gestantes e casais grávidos e suas ações em educação e saúde.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, M. A. R. S. **Vivências e significados da depressão pós-parto de mulheres no contexto da família**. 2014. 202 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação da Universidade de São Paulo., 2014. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-16042015-160037/pt-br.php>>. Acesso em: 26 abr. 2017.

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

BARRETO, C.N. et al. “O sistema único de saúde que dá certo”: ações de humanização no pré-natal. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.36, esp., 2015, p. 168-179. Disponível em <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/56769/36789>>. Acesso: 30 out. 2018.

BLUMER, H. A natureza do interacionismo simbólico. *In*: MORTENSEN, C. D. (Org). **Teoria da comunicação: textos básicos**. São Paulo: Mosaico, 1980, p. 119-137.

BLUMER, H. *The nature of symbolic interactionism*. *In*: MORTENSEN, C. D. (Org). **Communication theory: second edition**. London: Trasaction Puplishers, 2014, p. 102-121

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Resolução n. 466, de dezembro de 2012.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Princípios éticos das pesquisas em ciências humanas e sociais. **Resolução n. 510, de dezembro de 2016**.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher/ PAISM, 1983**. Disponível em <http://www.cfemea.org.br/plataforma25anos/_anos/1983.php?iframe=1anc_paism_1983>. Acesso: 10 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 985**. Implementa e regulamenta o funcionamento dos centros de parto normal em âmbito do

SUS. Diário Oficial da União. Brasil, 6 ag.1999. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/985_99.htm>. Acesso: 03 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 985/GM**. Assistência ao parto nos Serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde em 05 de agosto de 1999a. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/parto-e-nascimento/portaria_985_1999_cpn.pdf>. Acesso: 03 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 570. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Gabinete do Ministério. Brasil, 1 junho de 2000.

_____. Ministério da Saúde/ UNESCO. Projeto de avaliação nacional do programa de humanização do pré-natal e nascimento (PHPN). **Projeto 914BRA2000**. São Paulo, abril, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_phpnl.pdf>. Acesso: 13 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materno e Neonatal**. 2004a. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/pactopsfinfo22.pdf>> Acesso: 2 ago. 2018.

_____. Ministério de Estado da Saúde. Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005**.

_____. Ministério da Saúde. **A importância do grupo de gestantes em uma unidade básica de saúde**. Biblioteca Virtual de Saúde, 2005a. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/90prenatal.html>>. Acesso: 30 set. 2018

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 36, de 03 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Resolução-rdc nº 36, de 3 de junho de 2008**. 105. ed. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html>. Acesso em: 15 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde et al. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso: 15 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. **Portaria nº 1.459, de 24 de julho de 2011**. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso: 10 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Redes de atenção à saúde no sistema único de saúde**. 2012. Disponível em:

<https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4342690/mod_resource/content/1/Apostila%20MS%20-%20RAS_curso%20completo-M%20C3%B3dulo%202-APS%20nas%20RAS%20-%20Pg%2031-45.pdf>. Acesso: 13 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. Ed. Eletrônica., Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília – DF. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**. Portal do Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em:

<<http://portalmms.saude.gov.br/artigos/41286-humanizasus>>. Acesso: 13 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**. Portal do Ministério da Saúde, 2018.

BRÜGGEMANN, O.B.; OLIVEIRA, M. E.; SANTOS, E. K. A. Políticas e legislações na atenção obstétrica e neonatal. In: BRÜGGEMANN, Odaléa Maria et. al. **Enfermagem na atenção obstétrica e neonatal**. Florianópolis: Progressiva, 2011. p.51-70.

BRUNO, T.; ALVES, M.; FERREIRA, F. V. Interacionismo Simbólico como ferramenta teórica e metodológica para o estudo no ciberespaço. **Rev. Razón y palabra**, v.21, n.1, p.456-475, out./dez., 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/1995/199551160024/>>. Acesso: 20 ago. 2017.

CAMILLO, B.S et al. *Health education actions in primary attention to pregnant and puerperal woman: integrative review*. **Journal of Nursing UFPE online**, Recife, v.10, sup.6, dez., 2016, p. 4894-4901. Disponível em
<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11270>>. Acesso: 01 nov. 2018.

CAMPOS, A. S; ALMEIDA, A. C. C. H.; SANTOS, R. P. S. Crenças, mitos e tabus de gestantes acerca do parto normal. **Rev. de Enfermagem UFSM**, v.4, n.2, p.332-341, abr./mai. 2014. Disponível em:
<<https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/10245/pdf>>. Acesso:10 mar. 2017

CAMPOS, B. C; RODRIGUES, O. M. P. R. Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebê no primeiro ano de vida. **Rev. Psico Porto Alegre**. v.46, n.4, p.483-492, out/dez. 2015. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-53712015000400009>. Acesso: 15 abr. 2017.

CARTA DE OTTAWA. In: **1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, Canadá; 1986. Disponível em:
< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf >. Acesso: 02 fev. 2018.

CASAGRANDE, C. A. Interacionismo simbólico, formação do *self* e educação: uma aproximação ao pensamento de G. H. Mead. **Rev. Educação e Filosofia**, v.30, n.59, p.375-403, jan./jun. 2016. Disponível em:
<<http://www.seer.ufu.br/index.php/EducacaoFilosofia/article/view/24821>>. Acesso: 03 ago. 2017.

CASSIANO, A. C. M. et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Rev. do Serviço Público de Brasília**. v.65, n.2, p.227-244, abr/jun, 2014. Disponível em:
<<https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581/499>>. Acesso: 06 mai. 2017.

CAVALCANTI, N.C.S.B; BAÍA, D.C.P. Ser mãe no mundo do trabalho: notas sobre os desafios da reinserção de mulheres no mercado de trabalho após a experiência de maternidade. In Seminário Internacional fazendo gênero e 11 & 13 *woman's words* congresso, Florianópolis, 2017. **Anais eletrônicos**, Florianópolis, 2017. Disponível em:
<<http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499457316>>. Acesso: 10 nov. 2018

CESTÁRI, C.E. et al. Análise das principais alterações posturais e sintomatologias decorrentes do período gestacional. **Rev. Ciências e est.** Acad. de medicina, CESTARI, n.8, ago./dez. 2017. Disponível em:
<<https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/1973/2472>>. Acesso: 27 de set. 2018.

CHAE, J. “*Am I a better mother than you?*” *media and 21 st-century motherhood in the contexto of the social comparison theory*. **Sage Journals**, v. 42, n.4, 2015, p.503-525. Disponível: <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0093650214534969>>. Acesso: 27 out. 2018.

CLEMENS, J. A **(mal) dita maternidade**: a maternidade e o feminino entre os ideais sociais e o silencio. 2015. 269f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015. Disponível em:
<<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/135263/334781.pdf?sequence=1>>. Acesso: 15 abr.2017.

COLARES, S. C. S.; MARTINS, R. P. M. Maternidade: uma construção social além do desejo. **Rev. de Iniciação Científica da Universidade do Rio Verde**, Três corações, v.6, n.1, p.42-47, 2016. Disponível em:
<<http://periodicos.unincor.br/index.php/iniciacaocientifica/article/download/2654/2290>>. Acesso: 6 abr. 2017.

CORREA, F. P.; SERRALHA, C. A. A depressão pós-parto e a figura materna: uma análise retrospectiva e contextual. **Rev. Acta Colombiana de psicologia**. v. 18, n. 1, p. 113-123, 2015. Disponível em:
<http://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas_ucatolica/index.php/acta-colombiana-psicologia/article/view/147/188>

<http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2015.18.1.11>>. Acesso: 10 mar. 2017.

COSTA, R. et al. Políticas públicas de saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexões para a assistência neonatal. **História enfermagem**, Rev. Elet. v.1, n.1, p. 55-68, abr., 2010. Disponível em: <http://www.here.abennacional.org.br/here/n1vol1ano1_artigo4.pdf >. Acesso: 27 abr. 2017.

DALBOSCO, C. A.; MARASCHIN, R. Pensar a educação em tempos pós-metafísicos: a alternativa do Interacionismo Simbólico de Georg Herbert Mead. **Rev. Educação UFSM**, abr.2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reeducacao/article/view/24140> >. Acesso: 12 ago. 2017.

DONATH, O. *Regretting Motherhood: a sociopolitical analysis*. **Chicago Journals: Signs**. v.40, n.2 (Winter) 2015, p.343-367. Disponível em: <<https://www.journals.uchicago.edu/doi/full/10.1086/678145>>. Acesso: 29 out. 2018.

ENNES, M. A. Interacionismo simbólico: contribuições para se pensar os processos identitários. **Perspectivas, São Paulo**, v.43, p.63-81, jan./jun., 2013. Disponível em: <<http://seer.fclar.unesp.br/perspectivas/article/view/5956>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

FERREIRA, L. B.; TORRECILHA, N.; MACHADO, S. H. S. A técnica de observação em estudos de administração. In: XXXVI ENCONTRO DA ANPAG, 2012, Rio de Janeiro, **Anais eletrônicos**, Rio de Janeiro: ANPAG, 2012. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2012_EPQ482.pdf>. Acesso 27 ago.,2017.

FIOCRUZ. **Nascer no Brasil**: inquérito sobre parto e nascimento. FIOCRUZ, 2017. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/introducao-e-justificativa/>>. Acesso: 13 jun. 2017.

GALVÃO, A C. C.; JÚNIOR, F. J. G. S.; MONTEIRO, C. F. S. Prevalência de depressão pós-parto e fatores associados: revisão

integrativa. **Rev. Ciência & Saberes**, v.1, n.1, ago/out. p.54-58, Maranhão, 2015. Disponível em: <<http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/3/14>>. Acesso: 11 abr. 2017

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GRADVOHL, S. M. O.; OSIS, M. J. D.; MAKUCH, M. Y. Maternidade e formas de maternagem desde a idade média à atualidade. **Rev. Pensando Famílias**, v.18, n.1, p.55-62, jun., 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2014000100006>. Acesso: 15 abr. 2017

GOEDERT, A. **Grupo de gestantes “roda materna”**. IdeiaSUS, 2013. Disponível em: www.ideiasus.fiocruz.br/portal/index.php/promocao-da-saude/1391-grupo-de-gestantes-roda-materna>. Acesso: 07 mai.,2017

HENRIQUE, A. H. B. et al. Grupo de gestantes: contribuições e potencialidades da complementariedade da assistência pré-natal. **Rev. Brasileira de Promoção da Saúde, Fortaleza**, v.28, n. 1, p.23-31, jan/mar. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3009>>. Acesso: 25 ago. 2017.

JUNG, C. G. **O homem e seus símbolos**. 20.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.

LANEY, E.K. et al. *Becoming a mother: the influence of motherhood on woman's identity development*. **Identity: Intern. Journal of theory and research**. v.15, 2015, p. 126-145. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15283488.2015.1023440>>. Acesso: 28 out. 2018.

LANZETTA, R. C.; BITTENCOURT, M. I. G. F. Apoio comprado: formas contemporâneas de suporte à maternidade. **Rev. Polemica**. v.16, n.1, p. 01-13, fev/mar., 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2014000100006>. Acesso: 7 abri. 2017.

LEITE, M. G. et al. Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. **Rev. Psicologia em Estudo**, v.19, n.1, p.115-124, Maringá, jan./mar., 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722014000100013&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso: 23 ago. 2017.

LEMOS, E. F. **Cuidando da saúde da mulher**: rotinas de pré-natal e ginecologia. 1ªed. Florianópolis: Editograf, 2017.

LEONEL, F. **Depressão Pós-parto acomete mais de 25% das mães no Brasil**. FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz., 2016. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/depressao-pos-parto-acomete-mais-de-25-das-maes-no-brasil>>. Acesso: 20 abr. 2017.

LIMA, M et al. Contribuições da extensão em um grupo de gestantes e casais grávidos para a formação do enfermeiro. **Rev. Anna Nery**, v.22, n.4, p.1-8, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt_1414-8145-ean-22-04-e20170367.pdf>. Acesso: 07 set. 2018.

LOPES, A. R. S.; CARVALHO, A. S. Tornar-se mãe: considerações acerca do lugar da maternidade na contemporaneidade. **Rev. FSA**, v.14, n.2, p.146-170, Teresina, mar./abri. 2017. Disponível: <<http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/1134>>. Acesso: 12 abr. 2017.

LOPES, M. N.; DELLAZZANA-ZANON, L. L.; BOECHEL, M. G. A multiplicidade dos papéis da mulher contemporânea e a maternidade tardia. **Rev. Trends in psychology**, v.22, n.4, p.917-228, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000400018>. Acesso: 09 abri. 2017.

MANENTE, M. V.; RODRIGUES, O. M. P. R. Maternidade e trabalho: associação entre depressão pós-parto, apoio social e satisfação conjugal. **Rev. Pensando Famílias**, v.20, n.1, p. 99-111, jul., 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2016000100008>. Acesso: 08 abri. 2017.

MENDONÇA, M. C. Principais resultados da pesquisa doutoral: maternidade na publicidade. Uma análise qualitativa e semiótica em São Paulo e Toronto. In Seminário Internacional fazendo gênero e 11 & 13 *woman's words* congresso, Florianópolis, 2017. **Anais eletrônicos**, Florianópolis, 2017. Disponível em:

<http://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499102125_ARQUIVO_MaternidadenaPublicidade_Mendonca_MariaCollierde_2017_Texto_completoMM_FG.pdf>. Acesso: 02/01/2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 14.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTICELLI, M.; BRÜGGEMANN, O. M. In: BRÜGGEMANN, O. M et al. **Enfermagem na atenção obstétrica e neonatal**. Florianópolis: Progressiva, 2011. p.25-40.

MOR, A. C. M. B. L.; WEDEKIN, L. M. Diálogos entre Naturologia e Antropologia da Saúde. In: RODRIGUES, D. M. O et. al. **Naturologia: Diálogos e perspectivas**. Palhoça: Unisul, 2012. p.51-69.

MOREIRA, J.R.; PERRINI, P.; RIBEIRO, J.B.P. Mãos trabalhadoras do sol nascente: impressões sobre a relação entre maternidade, trabalho e políticas públicas. **Projeção, Direito e Sociedade**, v.7, n.2, p.26- 52, 2016. Disponível em:

<<http://revista.faculdadeprojecao.edu.br/index.php/Projecao2/article/view/729/641>> Acesso: 3 out. 2018.

NASCIMENTO, M. C. M. **Memórias do grupo de gestantes e casais grávidos**: projeto de extensão da Universidade de Brasília. 2016, 61f. (Bacharel em Enfermagem) Universidade de Brasília, Campus Darcy Ribeiro. 2016. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/17294/1/2016_ManelisseCoelhoDoNascimento_tcc.pdf>. Acesso: 13 ago. 2017.

NASCIMENTO, R.R.P et al. *Choice of type of delivery: factors reposted by puerperal woman*. **Rev. Gaúcha de Enferm.**, n.36, spn, 2015, p. 119-126. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/56496/36778>>. Acesso: 28 out. 2018.

NEITERMAN, E. *Embodied motherhood: woman's feeling about their postpartum bodies*. **Gender e Society**. v.29, n.5, Oct., 2015, p. 670-693. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0891243215591598?journalCode=gasa>>. Acesso: 29 out. 2018.

NITSCHKE, R. G. Pensando o nosso cotidiano contemporâneo e a promoção de famílias saudáveis. **Ciência de cuidado saúde**. vol. 6, supl. 1, p. 24-6, 2007.

NUNES, J. H. Interacionismo simbólico e movimentos sociais: enquadrando a intervenção. **Ver. Sociedade e Estado**, v.28, n.2, mai./ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922013000200005>. Acesso: 10 jun., 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Mulheres grávidas devem ter acesso aos cuidados adequados no momento certo, afirma OMS**, 2016. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5288:mulheres-gravidas-devem-ter-acesso-aos-cuidados-adequados-no-momento-certo-afirma-oms&Itemid=821>. Acesso: 20 abr. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **OMS publica novas orientações sobre pré-natal para reduzir mortes de mães e bebês**. ONUBR Nações Unidas do Brasil, 2016. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/oms-publica-novas-orientacoes-sobre-pre-natal-para-reduzir-mortes-de-maes-e-bebes/>>. Acesso em: 20 abr., 2017.

_____. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Organização mundial da saúde e Unicef lançam novas orientações para promover aleitamento materno em unidades de saúde de todo o mundo**. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5631:oms-e-unicef-lancam-novas-orientacoes-para-promover-aleitamento-materno-em-unidades-de-saude-de-todo-o-mundo&Itemid=820>. Acesso: 8 ago. 2018.

_____. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**, 2016. Disponível em:

<<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250800/2/WHO-RHR-16.12-por.pdf>>. Acesso: 20 abr. 2017.

PEREIRA, I. B. G. **Cartilha educativa para profissionais de saúde para reconhecimento de depressão pós-parto**. 2014, 18f. Monografia (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem) – Atenção Psicológica do Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/167354>>. Acesso: 13 mar. 2017.

PORTO, R. A.; MARANHÃO, T. L. G.; FÉLIX, W. M. Aspectos psicossociais da depressão pós-parto: uma revisão sistemática. **Rev. Multidisciplinar e de Psicologia**. v.11, n.34, p.219-245, fev. 2017. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/686/965>>. Acesso em: 18 mar. 2017.

QUEIROZ, L. S.; CERQUEIRA, C. O.; MENDONÇA, A. V. M. Implementação de um grupo de gestantes adolescentes: relatos das ações de informação, educação e comunicação para a promoção da saúde. **Rev.Tempus, actas de saúde colet.**, v.9, n.1, p.145-153, Brasília, mar., 2015. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:YHs1CVoZeTcJ:www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/download/1698/1405+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso: 25 ago. 2017.

RESENDE, D.K. Maternidade: uma construção histórica e social. **Pretextos. Rev.Pisc.** PUC-Minas Gerais, v.2, n.4, jul./dez. 2017. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15251>>. Acesso: 27 set. 2018.

RIEMENSCHNEIDER, P. S. **Maternidade, consumo e sustentabilidade sob a ótica ecofeminista**. 2016. 128f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Direito) - Centro de Ciências Jurídicas, Universidade de Caxias do Sul - RS, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ucs.br/xmlui/bitstream/handle/11338/1132/Dissertacao%20Patricia%20Strauss%20Riemenschneider.pdf?sequence=1&isAlloved=y>>. Acesso: 17 abr. 2017.

RODRIGUES, L.P.F. **Lobas e grávidas**. 2ed. São Paulo: Ágora, 2016.

ROVARIS, M.L. et al. **Atenção à saúde da mulher e do recém-nascido: manual de boas práticas**. 1ª ed. EBSEH, UFSC, 2018.

SALES, A. T.; COUTINHO, D.; SOUZA, A. C. A construção histórica da imagem de “boa mãe”: o imperativo da amamentação. **Rev. Formadores: Vivência e Estudos**, v.8, n.3, p.10-22, Cachoeira-BA, dez., 2015. Disponível em: <<http://www.seer-adventista.com.br/ojs/index.php/formadores/article/view/667>>. Acesso em: 09 abr. 2017.

SANTOS, E. K. A. Modelos de Maternidade e Paternidade. In. BRÜGGEMANN, O. M et. al. **Enfermagem na atenção obstétrica e neonatal**. Florianópolis: Progressiva, 2011. p.13-24.

SANTOS, F. A. P. S.; MAZZO, M. H. S. N.; BRITO, R. S. Sentimentos vivenciados por puérperas durante o pós-parto. **Rev. de Enfermagem UFPE on line.**, v.9, sup.2, p.858-863, Recife, fev. 2015. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5773/1160>>. Acesso: 18 abr. 2017.

SCHREIBER, R. *Gender roles, motherhood, and politics: conservative woman's organizations frame Sarah Palin and Michele Bachmann*. **Journal of women, politics e policy**. v.37, n.1, 2016, p. 1-23. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1554477X.2016.1115319>>. Acesso: 01 nov. 2018.

SILVA, H.C. et al. Sintomas psicofuncionais e depressão materna: um estudo qualitativo. **Psico-USF**, v.23, n. 1, Campinas jan/mar., 2018. p. 59-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712018000100059&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 01 nov. 2018.

SOUSA, M. T. B. Mead e Goffman: contribuições para uma perspectiva praxiológica da comunicação. **Rev. Temática**. Ano IX, n. 04, p.1-15, abr., 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/tematica/article/view/22050>>. Acesso: 20 jun. 2017

TEIXEIRA, F.V et al. Oficina educativa para um grupo de gestantes acerca do período gravídico. **SANARE**, Sobral. v.15, n.1, jan./jun., 2016, p.119-125 Disponível em <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/937/566>>. Acesso: 30 out., 2018.

THEME, MMF et al. *Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: the birth in Brazil National Research Study*, 2011/2012. **Journal of Affective Disorders**, v. 194, p.159-167, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26826865>>. Acesso: 10 jun. 2017.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G. et al. Promovendo a autoestima na gestação: foco no acolhimento. **Rev. Enfermagem em Foco**. v.7, n.2, p.83-86, 2016. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/801/326>>. Acesso: 15 mar. 2017.

TOMAZ, R. Feminismo, maternidade e mídia: relações historicamente estreitas em revisão. **Rev. Galaxia, São Paulo, online**. n.29, p.155-166, jun., 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/gal/n29/1982-2553-gal-29-0155.pdf>>. Acesso: 17 abr. 2017.

UNICEF, Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1: histórico e implementação / Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília: Ministério da Saúde, (Série A. Normas e Manuais Técnicos), 2008. 78p.

VÁZQUEZ, G. G. H. Sobre aquelas que não pariram: mulheres, maternidade, memórias e saberes. In: XVI ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA DA ANPUH-RIO: SABERES E PRÁTICAS CIENTÍFICAS. 2014. **Anais eletrônicos**. Rio de Janeiro: ANPUH, 2014. Disponível em: <http://www.encontro2014.rj.anpuh.org/resources/anais/28/1398360549_ARQUIVO_textoRioanpuh2014.pdf>. Acesso: 20 abr. 2017.

ZAMPIERI, M. F. M. A gravidez como um processo. In: ZAMPIERI M. F. M et al. **Enfermagem na atenção primária à saúde da mulher**: textos fundamentais – Série atenção primária à saúde – Vol. 2. Florianópolis: CCS/UFSC, 2010a. p.218-241.

_____. Diversidade de contextos que envolvem o atendimento à mulher. In: ZAMPIERI M. F. M et al. **Enfermagem na atenção primária à saúde da mulher: textos fundamentais – Série atenção primária à saúde – Vol. 2.** Florianópolis: CCS/UFSC, 2010b. p.15-47.

_____. Atenção ao Pré-Natal. In. ZAMPIERI M. F. M et al. **Enfermagem na atenção primária à saúde da mulher: textos fundamentais – Série atenção primária à saúde – v.2.** Florianópolis: CCS/UFSC, 2010c. p.218-241.

_____. Puerpério normal, patológico e consulta puerperal. In. ZAMPIERI M. F. M et al. **Enfermagem na atenção primária à saúde da mulher: textos fundamentais – Série atenção primária à saúde – v.2.** Florianópolis: CCS/UFSC, 2010e. p.433-455.

_____, et al. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. **Rev. Texto Contexto Enfermagem**, n.19, v.4, p.719-727, out./dez., 2010d. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/15.pdf> >. Acesso: 20 abr., 2017

_____, et al. Grupo de gestantes e casais grávidos: parcerias do departamento de enfermagem e hospital universitário/ UFSC. In: SEMINÁRIO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA DA REGIÃO SUL, 31, 2014. **Anais eletrônicos.** Santa Catarina. SEURS. 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/125953/Maria%20de%20F%C3%A1tima%20Mota%20Zampieri%20-%20apresenta%C3%A7%C3%A3o.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso: jun., 2017.

_____, et. al. **20 anos do grupo de gestantes e casais grávidos:** trajetória histórica, perfil, impacto, percepções e contribuições para os envolvidos. Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

ZANGALLI, C.; POLONI, P. G; LANG, C. In: IV CONGRESSO DE PESQUISA E EXTENSÃO DA FSG, 2016, Caxias do sul. **Anais Eletrônicos**, Caxias do sul, 2016, p. 188-190. Disponível em: <<ojs.fsg.br/index.php/pesquisaextensao/article/download/2301/1761>>. Acesso: 19 abr., 2017.

APÊNDICE A: ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DOS GRUPOS DE GESTANTES E/OU CASAIS GRÁVIDOS

1º Encontro

Entrada no campo:

- Apresentação da pesquisadora e da proposta do projeto;
- Convite às mulheres para participar da pesquisa; esclarecimento de dúvidas e assinatura do TCLE;
- Dinâmica de elaboração de cartazes com pergunta disparadora: “Qual o significado da maternidade para você neste momento?”
O que ela representa em sua vida?”

Observação – Ambiente

- Características do local (estrutura; objetos e utensílios utilizados; disposição e acomodação dos integrantes).

Observação - Participantes:

- Temas emergentes;
- Principais dúvidas relatadas para elaboração do cronograma do grupo (1º dia);
- Relatos de conflito explícitos com a vivência da maternidade (gravidez indesejada; dificuldade de aceitação; conflitos emocionais expressos verbalmente)
- Saberes demonstrados envolvendo o tema (informação técnica/popular/familiar; saber atual/antigo)
- Expressões corporais de clara alteração emocional (tom de voz alterado ao abordar determinada temática; manifestação de expressões emocionais como choro, riso, grito e etc.);
- Frequência e permanência no grupo;
- Principais pontos de empoderamento e conflito abordadas no reencontro do grupo trazidos após o nascimento do bebê;
- Principais pontos (positivos e de fragilidade) levantados em relação ao grupo de gestantes e/ou casais grávidos.

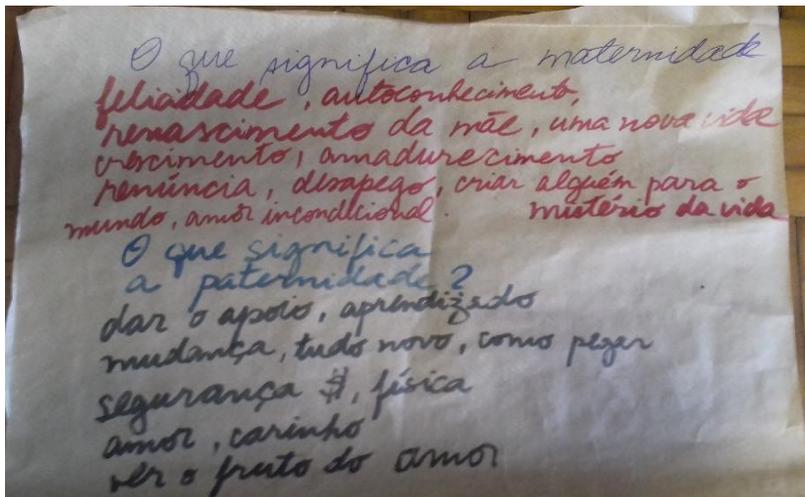
Observação – Profissionais

- Abordagem profissional (Forma de condução das dinâmicas e do grupo);
- Acolhimento das participantes e dos acompanhantes;
- Acolhimento e condução de participantes quando exposto um tema de conflito;

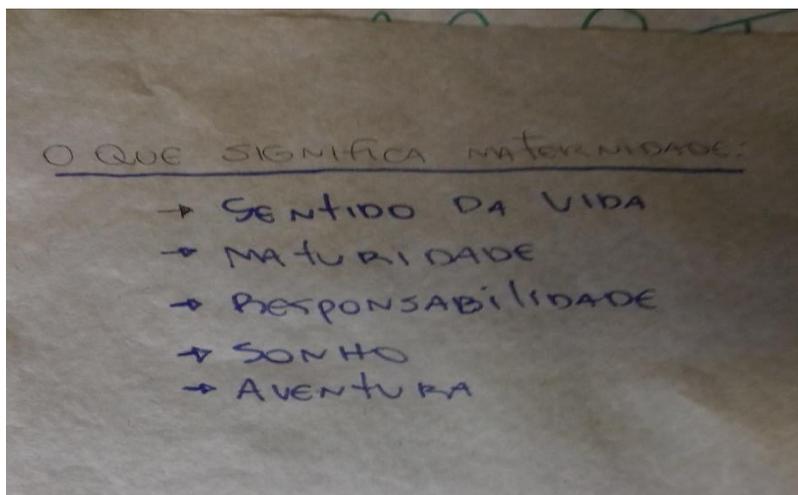
- Abordagem dos temas trazidos pelas participantes e acompanhantes;

APÊNDICE B – FOTOS ATIVIDADE DE ELABORAÇÃO DE CARTAZES

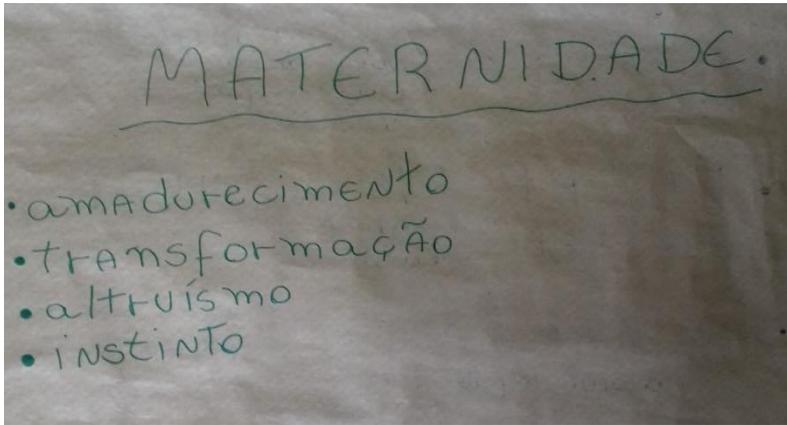
GRUPO 01



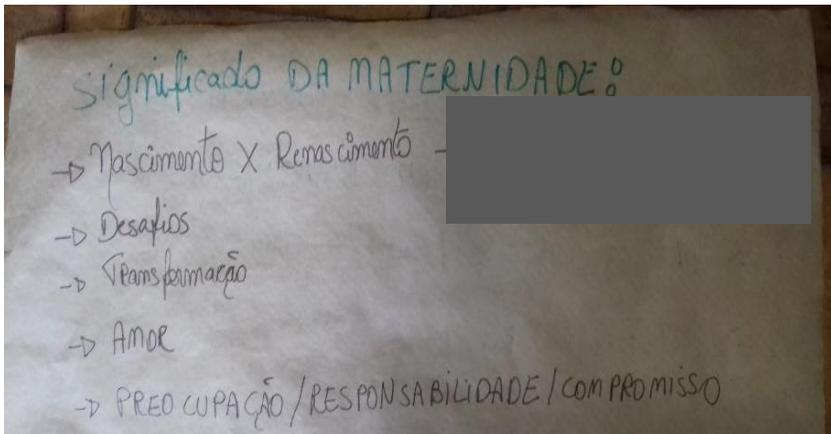
GRUPO 02



GRUPO 03



GRUPO 04



APÊNDICE C: ORGANIZAÇÃO PRIMÁRIA DOS DADOS COLETADOS

- 1) Recorte da organização adotada para as Observações Não-participantes (O.N.P)

OBS. PROFISSIONAIS

Condução do grupo - Tema trabalhado no dia: Parto

1º momento:

Acolhimento: Apresentação dos profissionais, cronograma e andamento da tarde. Antes do início das atividades, foi lido o cronograma com as demandas levantadas pelos participantes para a discussão do dia e em seguida, a coordenadora questionou ao grupo se haveria algum tema que os participantes gostariam de acrescentar, que talvez não estivesse comportado ali. Após aval do grupo, se iniciou a conversa sobre o parto.

Obs.: Foi trazido pelos coordenadores que o grupo presente estava recebendo uma abordagem metodológica nova dos anteriores. Assim, foi pedindo aos participantes que dessem um retorno sobre a prática após a experiência.

OBS. PARTICIPANTES

Temas emergentes e principais dúvidas relatadas:

perguntado aos integrantes o que eles gostariam de saber sobre a “preparação para o parto”, sendo respondido:

- A preparação psicológica e física para o momento do parto
- Atividades físicas que auxiliem no processo, principalmente a fortalecer a musculatura do períneo para evitar lacerações (indicações no grupo: pilates, caminhada e exercício de contração e relaxamento do períneo).
- Laceração e suas causas
- Melhor posição para evitar a laceração
- Bebe grande lacera mais do que bebê pequeno? (mito do tamanho do bebê – relativo, bebês menores tendem a lacerar mais do que os grandes)

2) Exemplo da organização adotada para as conversas pós-nascimento e relato de parto retirados do *WhatsApp* (C. W)

Participante/ Casal	Dados Bebê (Data/ local/ peso/ tipo de parto)	Relato	Dificuldades encontradas e suporte coletivo
[nome da participante]	[nome do bebê] [data de nascimento]	<p>Bom, quase um mês depois já encontro tempo e palavras para contar a minha experiência de parto. No dia 23 às 4h da manhã me acordei e levantei rápido para fazer xixi, saiu um líquido, mas não muito. Molhou a calcinha, mas não escorreu. Acordei o marido e disse: O [nome do bebê] nascerá amanhã, dia 24 acertei. Tínhamos feito uma brincadeira e eu, ele e o [filho mais velho], onde cada um escolheu 2 datas para o nascimento. Mais ou menos meia hora depois contrações leves e comecei a colocar o tampão. Primeiro transparente e gelatinoso, depois com rajadas de sangue, como fim de menstruação e meio esverdeado. Assim foi até às 15h. Disse meu marido para ir trabalhar, para irmos a maternidade próximo ao trabalho ativo. A partir daí parou essa etapa do tampão e só contrações de 10, 7, 5 min de intervalo e mais ou menos 1 min de duração. Das 17h às 18h estavam mais próximas, meu marido chegou, tomei banho e fomos para o [nome do hospital], chegamos lá 19h. Já avisaram que estava lotada a <u>neo</u> e fechada a maternidade, mas iam me encaminhar. Chegamos na triagem a residente explicou que não tinha como ficar, pois a UTI estava lotada e que deveríamos ir para outra maternidade,</p>	<p>[outra participante]: Nossa [nome da mãe] que história.... Mas que bom que vocês insistiram pela avaliação, hoje mesmo falamos sobre isso no encontro a importância de vocês exigirem a avaliação, <u>vocês tem</u> direito e o bebê de vocês também!!! Espero que esteja tudo bem com vocês... Qualquer coisa estamos aqui! 😊👉</p> <p>[outra participante]: Oi [nome da mãe], estávamos todas ansiosas pelo seu relato. Agora depois de ter lido, só tenho a agradecer, sinto q aprendi mais uma lição, <u>pq</u> sem seu relato numa situação semelhante eu talvez saísse do hospital sem nem ao menos saber se meu bebê estava bem!!! Obrigada e estou muito feliz q vc e o bebê estejam bem!</p>

3) Recorte da organização adotada nas transcrições dos Depoimentos Gravados no reencontro (D.G).

*Gravação 43 – [Nome da participante]

Eu sou a [nome da participante], ela é a [nome da bebê] e ele é o [nome do acompanhante] o pai, e foi muito difícil [a maternidade]. É, ainda tá sendo, agora a gente tá conseguindo se organizar melhor, mas no cartaz a gente colocou “desafio”, ele colocou né? [se referindo ao companheiro] que ia ser um desafio, e tá sendo um desafio. A gente chorava junto com ela e o parto foi muito difícil também. Eu não consegui fazer meu relato ainda porque eu não consigo falar muito sobre o meu parto, foi muito difícil. Foi aqui no [nome do hospital] também, mas agora tá tudo ficando mais tranquilo. A gente acha que ela tem alergia a proteína do leite de vaca, então é muito “punk” porque daí eu teve que mudar tudo, toda a minha alimentação pra conseguir deixar ela mais tranquilinha, agora ela tá parando a cólica dela, ela tá ficando mais calma e agora tá ficando gostoso assim. Tipo, a gente ela dá umas risadinhas, conversa já, falando “angu” [risos] ela fala “angu”, “é” e “ah” [risos] e já é o diálogo dela [risos], e dorme bastante durante o dia. A noite já não é tão legal, mas tá sendo um desafio e tá começando a ficar uma maternidade muito gostosa também. –Alguém pergunta- Vocês dão banho nela que horário? Participante responde: a gente dava meio-dia, só que ela dormia. [nome do acompanhante] fala: só que ela dormia muito a tarde e acabava não dormindo à noite [nome participante] fala: ai ela dormia, dormia, dormia, dormia e aí a gente começou a dar 9 horas da noite, que daí a gente aquece bem o quarto, ela toma o banho e aí

APÊNDICE D: PROCESSAMENTO DOS DADOS

1) Exemplo de separação das unidades de sentido por cores

Contexto/Descrição	Atividade envolvida	Falas	Obs. E interpretações do pesquisador	Sentido atribuído
<p>Local: Sala do grupo. Participantes sentados em colchonetes no chão, em semicírculo. Profissionais e estudantes em cadeiras dispostas em duas fileiras. Alguns vestindo jalecos e com crachás.</p>	<p>Elaboração de cartazes com os temas de interesse do grupo; e o significado da maternidade.</p>	<p>Temas: Preparação para o parto: Prós e contras de parto natural e cesariana; O que é um parto humanizado; Como saber se uma intervenção é necessária; Como fazer o plano de parto; Massagem e exercícios para o perineo (2x) Cuidados pós-parto Com o bebê e com a mãe; Com o cordão umbilical (2x); O que é o vênix e como cuidar; Banho; Depressão pós-parto. Papel do pai* (Apareceu em quase todos os grupos (3x)): Como auxiliar durante a gestação/ no parto e no pós-parto Amamentação e preparação do peito (2x) Bico plano/ bico invertido; Mastite Visitas e o cuidado com a higiene do bebê (pessoas pegando nas mãos do bebê; beijando e etc).</p>	<p>Temas: Dúvidas relacionadas ao que é “certo” e o melhor para o momento de parto e para os cuidados com o bebê. Como identificar; como cuidar; o que fazer; Prós e contras. Obs.: Presença de conhecimento derivado do meio científico nas falas dos participantes, identificados nos termos como “parto humanizado”, “vênix”, as alterações no 3º bimestre e os possíveis desconfortos do mesmo, “psicoembriologia”, “plano de parto”, “mastite”, preparação para amamentação em caso de bico plano e bico invertido, “exercícios para o perineo”, “depressão pós-parto”, “intervenções durante o parto”,</p>	<p>Temas: Poder científico como legitimador das boas práticas da maternidade.</p> <p>Maternidade: Sinônimo de renúncia transformação e crescimento pertencentes à vida feminina em prol do amor incondicional dispêndio o filho (o sonho e o sentido de sua vida). E o momento em que ela se aventura ao</p>

2) Legenda das cores

Fenômeno de Construção	Fenômeno Inato ao Feminino	Pessoal
<ul style="list-style-type: none"> Empírico/ Papel social (Social/ Cultura/ Religioso) Influência profissional da saúde e da ciência Discriminação 	<ul style="list-style-type: none"> Fisiológico/Hormonal Instintivo Amor Incondicional Transformação/Renúncia/Sentido de vida 	<ul style="list-style-type: none"> Subjetivo Contradição (Idealizado X Real)

APÊNDICE E: EXEMPLO DA DISPOSIÇÃO DOS DADOS DE ACORDO COM OS PRESSUPOSTOS DO INTERACIONISMO SIMBÓLICO

Sentidos da Maternidade	<p>Grupos Humanos (Ação humana. Representa a relação estabelecida entre membros de um determinado grupo; seu modo de agir e interagir uns com os outros que determina sua cultura e seu comportamento).</p>	<p>Interação social (é a manipulação e interpretação de gestos, símbolos e objetos característicos do contexto que formam a linha de sentido, na qual as ações dos seres humanos são baseadas. É o contínuo formar, manter e transformar de objetos e de seus significados).</p>	<p>O ser humano como um organismo agente (formação da autoimagem através do modo como os outros o veem ou o definem. É a identificação de si pelo espelhamento).</p>	<p>Atividades humanas e conjugação das linhas de ação (Ação tomada pelo indivíduo após analisar e interpretar cada elemento envolvido e o significado atribuído a cada um deles. Nela, é avaliada sua vontade, sua autoimagem, a ação dos outros e o provável resultado de sua ação frente a aquele elemento).</p>
Imagem do que é ser mãe	<p>Atv. Elaboração de cartazes do sentido da maternidade:</p> <p>Grupo 1 - Felicidade, autoconhecimento, renascimento, amadurecimento, renúncia, desapego, criar alguém para o mundo, amor incondicional, mistério da vida,</p> <p>Grupo 2 - Sentido da vida, maturidade, responsabilidade, sonho, aventura.</p> <p>Grupo 3- Amadurecimento, transformação,</p>	<p>Gestante 1: "Antes de entrar para a faculdade de psicologia, o meu sonho era fazer uma cesariana. Depois que comecei a estudar isso mudou, agora quero um parto humanizado".</p> <p>Gestante 2: "Nunca me imaginei mãe, não tenho conhecimento de quase nada, então vim aqui aprender a ser uma boa mãe".</p> <p>Fala participante: "Imagino que seja desconfortável lá dentro [da barriga]. Não poder se mexer direito. Eu não conseguia emburrhar</p>	<p>Relatos gestantes frente ao questionamento do que mudou:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transformação positiva em todos os sentidos - Inchaço e cansaço, tanto físico quanto emocional - Mudança, cansaço e introspecção - Amadurecimento e hormônios - Mudança de humor, restrição de sono de 6 a 100 em questões de gestação - Meu corpo não é mais, não tenho controle do que acontece com - Introspecção 	<p>Relatos acompanhantes frente ao que mudou:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maior demanda do pai. - Acompanhante: "As mudanças da mulher mexem com a gente". - Amadurecimento, paciência com a mulher e com as mudanças de humor e a sensibilidade aflorada - Saber "segurar a onda". Saber ler os sinais da mulher para saber o que ela está sentindo. - Acompanhante: "Agora não posso dividir as minhas frustrações com ela, deixa do trabalho

ANEXO A: FICHA DE INSCRIÇÃO DO GRUPO DE GESTANTES E CASAIS GRÁVIDOS

CARACTERIZAÇÃO DA GESTANTE

1. Nome:
2. Endereço:.....
3. Bairro onde mora:.....
4. Naturalidade:.....(cidade e estado)
5. Procedência:.....(cidade)
6. Tempo de residência em Florianópolis:.....anos.....meses
7. Idade:.....anos
8. Escolaridade: (....) Ensino fundamental (....) Ensino Médio (....) Ensino (....) Pós-graduação (....) *completo* (....) *incompleto*
9. Religião:.....
10. Situação conjugal: (...) Solteira (...) casada (...) com companheiro (...) viúva (...) separada (....) união consensual.
11. Tem acompanhante? (...) sim (....) não. Quem?
12. Qual sua ocupação:..... (tipo)
13. Renda pessoal: R\$..... (número de salários mínimos)
14. Renda familiar: R\$..... (número de salários mínimos)
15. Condições do contexto em que vive:

CARACTERIZAÇÃO DO ACOMPANHANTE

1. Nome:
2. Endereço:.....
3. Bairro onde mora:.....
4. Naturalidade:.....(cidade e estado)
5. Procedência:.....(cidade)
6. Tempo de residência em Florianópolis:.....anos.....meses
7. Idade:.....anos
8. Escolaridade: (....) Ensino fundamental (....) Ensino Médio (....) Ensino (....) Pós-graduação (....) *completo* (....) *incompleto*
9. Religião:.....
10. Situação conjugal:(....) Solteiro (a) (....) casado (a) (....) com companheiro (a) (....) viúvo (a) (....) separado (a) (....) união consensual.
11. Qual a ocupação:.....(tipo)
12. Renda pessoal: R\$..... (número de salários mínimos)
13. Condições do contexto em que vive:
14. Acompanhante:
- Grau de parentesco ou de relacionamento com a gestante:.....

(...) marido/companheiro/namorado - filhos de outros relacionamentos?
 (...) sim (...) não Quantos?

II - DADOS OBSTÉTRICOS

- 1) Número de gestações:.....Número de partos:.....
- 2) Tipos de parto:.....
- 3) Número de filhos:.....
- 4) Quem cuida?.....
- 5) Fez pré-natal nas gravidezes anteriores: (...) sim (...) não.
- 6) Quando iniciou?
 (...) primeiro trimestre (...) segundo trimestre (...) terceiro trimestre
- 7) Local de realização do pré-natal
 (...) pública Local:
 (...) privada Local:
- 8) Convênios:
- 9) Profissional que realiza o pré-natal:
 (...) enfermeiro (...) médico (...) clínico geral (...) médico família (...) outros

III - DADOS DA GESTAÇÃO ATUAL

1. DUM: DPP: IG:
2. Gravidez planejada? (...) sim (...) não
3. Aceitação da gravidez? (...) sim (...) não
4. Quando iniciou o pré-natal?
5. (...) primeiro trimestre (...) segundo trimestre (...) terceiro trimestre
6. Por quê?
7. Local onde realizou o pré-natal: (...) público (...) privado.
 Local:.....
8. Convênios:
9. Profissional que realizou o pré-natal:
10. (...) enfermeiro (...) médico (...) clínico geral (...) médico de família
 (...) outros.
11. Participação em todas as consultas
12. (...) sim (...) não. Por quê?
13. Já participou de outros grupos de gestantes e casais grávidos em outras gestações? (...) sim (...) não.
 Onde?..... gratuito Sim (...) não (...)
- 16- Conhecimento do grupo: (...) amigos (...) cartazes (...) televisão
 (...) página da Universidade (...) indicação do profissional.

ANEXO B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA
CATARINA
Tel. (048) - 3721.9787



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DAS GESTANTES/ACOMPANHANTES

Eu, Maria de Fátima Zampieri, professora associada do Departamento de Enfermagem juntamente com as pesquisadoras Margarete Maria de Lima, Vitória Regina Petters Gregório, Roberta Costa e Zaira Aparecida de Oliveira Custódio, estamos desenvolvendo um estudo intitulado “20 ANOS DO GRUPO DE GESTANTES E CASAIS GRÁVIDOS: TRAJETÓRIA HISTÓRICA, PERFIL, IMPACTO PERCEPÇÕES E CONTRIBUIÇÕES PARA OS ENVOLVIDOS”, cujos objetivos são: Objetivo geral Compreender o impacto e significado do grupo de gestantes e casais grávidos e reencontros de pais e bebês para os participantes e a área da obstetria ao longo da trajetória histórica.

Objetivos específicos:

- Identificar perfil dos participantes de todos os seguimentos sociais envolvidos no grupo
- Conhecer as temáticas abordadas e metodologias adotadas no grupo;
- Conhecer de que modo o grupo tem contribuído para a vivência do processo de gestação, parto e puerpério na percepção dos participantes correlacionando com as transformações do processo de nascimento na sociedade.
- Identificar as contribuições do grupo para a consolidação dos princípios de humanização, autonomia, integralidade e interdisciplinaridade;
- Identificar como puérperas e acompanhantes participantes dos reencontros de pais e bebês percebem o aleitamento, as limitações, potencialidades e formas de superação no processo de amamentar;
- Conhecer a percepção das puérperas e seus companheiros sobre o processo de gestação, parto e pós-parto (puerpério)

- Identificar o impacto do grupo de gestantes e casais grávidos e reencontros de pais e bebês para a formação do enfermeiro;
- Investigar a concepção dos bolsistas de extensão sobre seu processo formativo vinculado ao grupo de gestantes e casais grávidos;
- Analisar as contribuições da participação do graduando de enfermagem no grupo de gestantes para cuidar da mulher e recém-nascido nos diferentes cenários de cuidado;
- Identificar os principais fatores que interferem na adesão das gestantes, puérperas e seus acompanhantes ao grupo;
- Identificar de que modo o grupo de gestantes tem contribuído para o fortalecimento da autonomia e interdisciplinaridade, preconizados pela filosofia do Hospital Universitário
- Conhecer a trajetória histórica do grupo de gestantes e casais grávidos ao longo das atividades realizadas;
- Identificar se o desenvolvimento desta atividade educativa gera impacto e transformações no processo de nascimento e na área obstétrica.

Você está sendo convidada (o) para participar desta pesquisa após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UFSC, de acordo com a resolução 466/2012 que normatiza e regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos e garante o anonimato, a confidencialidade e o direito de voluntariedade, sem riscos a sua vida ou agravos à sua saúde.

Ao aceitar em participar da pesquisa, você será convidada(o) a assinar e rubricar em todas as vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em consonância com a resolução 466/12, e mesmo depois de assinado, você terá liberdade para desistir da pesquisa em qualquer momento. Uma das cópias ficará com você para acompanhar as atividades.

Embora não haja benefícios diretos para a sua participação nesta pesquisa, ela poderá oferecer a você a oportunidade de contribuir para rever, redirecionar e avaliar os trabalhos desenvolvidos no grupo de gestantes ou casais grávidos, contribuindo para a autonomia de gestantes e acompanhantes que vivenciam o processo de nascimento. Ademais você

contribuirá para ampliar conhecimentos na área. Você poderá também sanar algumas dúvidas em relação a gestação. Suas crenças e valores serão respeitados durante toda a realização da pesquisa. Se suas respostas, mobilizarem seus sentimentos, teremos o apoio da psicóloga que participa de nosso grupo.

Dada à carência de estudo nesta área, a sua participação é fundamental, para que possamos conhecer o impacto e contribuições do grupo de gestantes ou casais grávidos para os atores sociais envolvidos e sociedade.

Sua colaboração nesta pesquisa implicará na participação nas seguintes etapas: 1) preenchimento das fichas de inscrição; 2) participação na elaboração do cronograma, avaliação das atividades e estratégias desenvolvidas no grupo de gestantes ou casais grávidos; 3) entrevista com duração de aproximadamente uma hora, gravada com o seu consentimento. Esta entrevista será agendada, previamente, com a indicação do local de encontro, ou ainda poderá ser realizada online. Durante a entrevista serão feitos questionamentos relativos ao significado e contribuição do grupo de gestantes para você e percepções sobre as suas vivências na gestação, parto e pós-parto. As informações serão validadas posteriormente. Você poderá alterar ou confirmar o que está escrito. 4) Outra estratégia de coleta de informações será por meio das redes sociais, sobretudo nas conversas do grupo de gestantes no whatsapp. Poderemos solicitar a realização de fotos, que dependerão de sua autorização.

Serão utilizados nomes fictícios para manter o anonimato das informações no relatório da pesquisa. Todas as informações serão usadas somente para este estudo. Durante o estudo e após o seu término, todas as informações serão guardadas em armário chaveado, em uma sala do Departamento de Enfermagem da UFSC. Somente as pesquisadoras terão acesso às informações. Esta pesquisa não implica em nenhum gasto para você e nem para seus familiares.

A pesquisa não acarretará problema de ordem física moral e econômica para você. Todos os procedimentos da pesquisa não trarão qualquer risco à sua vida e a sua saúde, mas espero que tragam benefícios em função das reflexões e trocas realizadas. Contudo, pode mobilizar sentimentos e gerar alguma forma de constrangimento para você. Como é comum emergir sentimentos neste período de vida, trabalharemos esta questão no grupo ou individualmente com a ajuda da psicóloga e enfermeira que coordenam as atividades.

Os pesquisadores buscarão conduzir os trabalhos de modo a evitar constrangimento, mas caso ocorra, você terá a liberdade para sair das atividades e retornar quando estiver em condições ou mesmo desistir. Os

pesquisadores se colocarão a disposição para escutar você dar apoio e auxiliar a minimizar o constrangimento, caso ele ocorra.

Você e seus familiares não terão nenhuma despesa extra ao participar do estudo. Você também não terá nenhuma compensação financeira. Se houver algum dano comprovadamente vinculado a sua participação neste estudo, alheio a nossa vontade, estaremos disponíveis para eventuais ressarcimentos/indenizações.

Sua participação é totalmente voluntária e suas informações serão usadas exclusivamente para o trabalho científico. Caso você por qualquer motivo não deseje participar do estudo, não terá nenhuma desvantagem, coerção ou prejuízo, basta não autorizar, deixando de assinar este termo. Já, se desejar participar, ainda terá liberdade para desistir, bastando informar aos pesquisadores, sem qualquer penalidade.

Caso desista, se desejar, você pode solicitar que todas as informações já fornecidas não sejam utilizadas ou publicadas. Caso você ainda tenha alguma outra dúvida em relação à pesquisa ou deseje desistir, poderá comunicar-se pelo telefone abaixo ou fazê-lo pessoalmente.

Margarete Maria de Lima. Telefone: (48) 3721-2760 email: Margarete.lima@ufsc.br

Maria de Fátima Mota Zampieri. E-mail: fatimazampieri@gmail.com

Vitória Regina Petters Gregório Telefone da Pós-Graduação da UFSC: (48) 3721-9787

Roberta Costa. Telefone: (48) 3721-2760 email: roberta.costa@ufsc.br

Zaira Aparecida de Oliveira Custódio: (48) 3721-2206 email: zaira@hu.ufsc.br

Assinatura Pesquisador: _____

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos:
Universidade Federal de Santa Catarina, Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, Trindade, Florianópolis. Telefone: 3721-6094.

Eu _____, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa: “20 ANOS DO GRUPO DE GESTANTES E CASAS GRÁVIDOS: TRAJETÓRIA HISTÓRICA, PERFIL, IMPACTO PERCEPÇÕES E CONTRIBUIÇÕES PARA OS

ENVOLVIDOS ”. Concordo em participar dela e que os meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Estou ciente quanto ao compromisso das pesquisadoras de que a identidade será mantida em sigilo e que todas as informações obtidas na entrevista, nas gravações, nas observações, nas conversas pelo whatsapp e nos encontros serão confidenciais. Tenho clareza que todas as informações serão usadas somente para este estudo, que procedimentos da pesquisa não trarão qualquer risco à vida e saúde e que a participação no estudo não implicará em nenhum ônus, bem como não será pago nenhuma remuneração pela participação. Autorizo as pesquisadoras a utilizarem os resultados desta atividade para divulgação em trabalhos no meio acadêmico e em publicações científicas. Autorizo a retirada e utilização de fotos, bem como a gravação e transcrição das entrevistas. A participação é voluntária, havendo liberdade para desistir da pesquisa a qualquer momento. Estou ciente que a entrevista será realizada em local e horário previamente combinado e dentro das minhas possibilidades, tendo a liberdade de responder ou não aos questionamentos. Fui esclarecida (o) sobre a pesquisa. Compreendo que não terei benefício direto e imediato como resultado de minha participação, mas que ela poderá me oferecer a oportunidade de refletir sobre a importância do grupo de gestantes ou casais grávidos para gestantes, acompanhantes, profissionais e acadêmicos Após a troca de informações e reflexões sobre as experiências e vivências poderá haver melhor compreensão sobre a gestação e período puerperal e transformações inerentes aos mesmos, possibilitando decisões mais conscientes e conhecimento dos direitos por parte da participante em relação à atenção a saúde. Ainda, poderá contribuir na atenção à saúde que será prestada a outras gestantes já que as necessidades de saúde e expectativas levantadas poderão servir de subsídio para o planejamento de saúde.

Florianópolis, _____ de _____ de 2017.

Assinatura: _____

RG: _____

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma ficará à guarda das pesquisadoras e a outra via é da posse da própria participante da pesquisa. Este protocolo de pesquisa será submetido ao Comitê de Pesquisa com Seres Humanos da UFSC. As informações fornecidas pelos (as) participantes permanecerão confidenciais e a anonimato dos (as) mesmos

(as) será mantido através do uso de nomes (códigos). O processo da pesquisa iniciará após ter sido dada aos (às) participantes uma ampla explicação sobre a meta, o propósito e processo da pesquisa e após a obtenção por escrito do consentimento livre e esclarecido. Durante a explicação serão assegurados: o direito de recusar a participar ou de se retirar da pesquisa em qualquer momento, a confidencialidade das informações e o anonimato das identidades dos (as) participantes.

ANEXO C: FILOSOFIA DA MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA CATARINA



FILOSOFIA DA MATERNIDADE DO HU/UFSC



Na maternidade HU/UFSC acredita-se que:

1. em se prestando assistência, se ensina;
2. é direito de toda mulher - recém-nascido (RN) - família, no processo de gravidez, parto e puerpério, receber atendimento personalizado que garanta uma assistência adequada, nos aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais.
3. atenção à saúde da mulher visa o ciclo grávido - puerperal, considerando gravidez como processo e não como um evento.
4. na atenção à saúde da mãe, RN e família, na gravidez, parto e puerpério, se considera a importância do papel do pai, sua presença e participação.
5. o sistema de alojamento conjunto facilita a criação e aprofundamento de laços mãe-RN-família, favorecendo a vinculação afetiva, a compreensão do processo de crescimento e desenvolvimento, a participação ativa e a educação para a saúde dos elementos mencionados;
6. a equipe interdisciplinar que presta assistência à mulher - RN - família, deve atuar de forma integrada, visando um atendimento adequado;
7. as atividades de ensino, pesquisa e extensão realizadas pela equipe interdisciplinar ligadas à saúde da mãe - RN - família, devem refletir atitudes de respeito ao ser humano e reverter em benefício de uma melhor assistência;
8. a equipe deve exercer papel atuante na educação da mulher/acompanhante e grupo familiar, com vistas ao preparo e adaptação ao aleitamento materno, desenvolvimento da confiança e capacidade de cuidar do filho, execução de cuidados básicos de saúde e planejamento familiar;
9. todo pessoal deve ter qualificação, treinamento e supervisão continuadas, específicas, para prestação da assistência a que tem direito a mãe, o RN e a família;

10. a parturiente não deixará de ser assistida por quaisquer problemas burocráticos. Ou as rotinas terão flexibilidade suficiente para toda e quaisquer exceções, ou serão adaptadas após a geração do fato;
11. o desenvolvimento de atividades será de forma integrada quanto às unidades que operam na maternidade, ou com ela se relacionem;
12. a mulher deve permanecer internada o tempo suficiente para que sejam atendidas suas necessidades assistenciais e de educação em saúde.

ANEXO D: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: 20 ANOS DO GRUPO DE GESTANTES E CASAIS GRÁVIDOS: TRAJETÓRIA HISTÓRICA, PERFIL, IMPACTO PERCEPÇÕES E CONTRIBUIÇÕES PARA OS ENVOLVIDOS

Pesquisador: margarete maria de Lima

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 63797417.4.0000.0121

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.051.643

Apresentação do Projeto:

O estudo intitulado, " 20 ANOS DO GRUPO DE GESTANTES E CASAIS GRÁVIDOS: TRAJETÓRIA HISTÓRICA, PERFIL, IMPACTO PERCEPÇÕES E CONTRIBUIÇÕES PARA OS ENVOLVIDOS", trata de uma pesquisa qualitativa documental, descritiva e exploratória realizada com gestantes, acompanhantes, acadêmicos e profissionais de saúde envolvidos no grupo de gestantes ou casais grávidos, atividade de extensão, grupal e educativa, desenvolvida desde 1996 por docentes do Departamento de Enfermagem e profissionais da maternidade do Hospital Universitário. A pesquisa procura compreender o Impacto e significado do grupo de gestantes e casais grávidos e reencontros de pais e bebês para os participantes e a área da obstetrícia ao longo da trajetória histórica.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Compreender o impacto e significado do grupo de gestantes e casais grávidos e reencontros de pais e bebês para os participantes e a área da obstetrícia ao longo da trajetória histórica.

Objetivos específicos:

- Identificar perfil dos participantes de todos os segmentos sociais envolvidos no grupo
- Conhecer as temáticas abordadas e metodologias adotadas no grupo;

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Retortas II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.051.643

- Conhecer de que modo o grupo tem contribuído para a vivência do processo de gestação, parto e puerpério na percepção dos participantes correlacionando com as transformações do processo de nascimento na sociedade.
- Identificar as contribuições do grupo para a consolidação dos princípios de humanização, autonomia, integralidade e interdisciplinaridade;
- Identificar como puérperas e acompanhantes participantes dos reencontros de pais e bebês percebem o aleitamento, as limitações, potencialidades e formas de superação no processo de amamentar;
- Conhecer a percepção das puérperas e seus companheiros sobre o processo de gestação, parto e pós-parto (puerpério)
- Identificar o impacto do grupo de gestantes e casais grávidos e reencontros de pais e bebês para a formação do enfermeiro;
- Investigar a concepção dos bolsistas de extensão sobre seu processo formativo vinculado ao grupo de gestantes e casais grávidos;
- Analisar as contribuições da participação do graduando de enfermagem no grupo de gestantes para cuidar da mulher e recém-nascido nos diferentes cenários de cuidado;
- Identificar os principais fatores que interferem na adesão das gestantes, puérperas e seus acompanhantes ao grupo;
- Identificar de que modo o grupo de gestantes tem contribuído para o fortalecimento da autonomia e interdisciplinaridade, preconizados pela filosofia do Hospital Universitário;
- Conhecer a trajetória histórica do grupo de gestantes e casais grávidos ao longo das atividades realizadas;
- Identificar se o desenvolvimento desta atividade educativa gera impacto e transformações no processo de nascimento e na área obstétrica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa cumprirá os termos da Resolução 466/2012 que normatiza e regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos e garante, o anonimato, a confidencialidade e o direito de voluntariedade, sem riscos a sua vida ou agravos à sua saúde. A pesquisa não acarretará problema de ordem física moral e econômica, não trazendo problemas a saúde dos participantes e suas atividades. Todos os procedimentos da pesquisa não trarão qualquer risco à vida e saúde, mas

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: csp.propesaq@contato.ufsc.br

Continuação do Projeto: 2.051/043

- Conhecer de que modo o grupo tem contribuído para a vivência do processo de gestação, parto e puerpério na percepção dos participantes correlacionando com as transformações do processo de nascimento na sociedade.
- Identificar as contribuições do grupo para a consolidação dos princípios de humanização, autonomia, Integralidade e Interdisciplinaridade;
- Identificar como puérperas e acompanhantes participantes dos reencontros de pais e bebês percebem o aleitamento, as limitações, potencialidades e formas de superação no processo de amamentar;
- Conhecer a percepção das puérperas e seus companheiros sobre o processo de gestação, parto e pós-parto (puerpério)
- Identificar o impacto do grupo de gestantes e casais grávidos e reencontros de pais e bebês para a formação do enfermeiro;
- Investigar a concepção dos bolsistas de extensão sobre seu processo formativo vinculado ao grupo de gestantes e casais grávidos;
- Analisar as contribuições da participação do graduando de enfermagem no grupo de gestantes para cuidar da mulher e recém-nascido nos diferentes cenários de cuidado;
- Identificar os principais fatores que interferem na adesão das gestantes, puérperas e seus acompanhantes ao grupo;
- Identificar de que modo o grupo de gestantes tem contribuído para o fortalecimento da autonomia e Interdisciplinaridade, preconizados pela filosofia do Hospital Universitário;
- Conhecer a trajetória histórica do grupo de gestantes e casais grávidos ao longo das atividades realizadas;
- Identificar se o desenvolvimento desta atividade educativa gera impacto e transformações no processo de nascimento e na área obstétrica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa cumprirá os termos da Resolução 466/2012 que normaliza e regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos e garante, o anonimato, a confidencialidade e o direito de voluntariedade, sem riscos a sua vida ou agravos à sua saúde. A pesquisa não acarretará problema de ordem física moral e econômica, não trazendo problemas a saúde dos participantes e suas atividades. Todos os procedimentos da pesquisa não trarão qualquer risco à vida e saúde, mas

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cap.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC

Continuação do Parecer: 2.051/143

Assentimento / Justificativa de Ausência	ELASADOLESCENTES.pdf	08:52:19	Lima	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CONSENTIMENTOGESTANTESMENO RESEMANCIPADAS.pdf	13/04/2017 08:52:03	margarete maria de Lima	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CONSENTIMENTOGESTANTES.pdf	13/04/2017 08:51:35	margarete maria de Lima	Acelto
Outros	respostaaspendencias.docx	27/03/2017 10:06:52	margarete maria de Lima	Acelto
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	10/01/2017 11:08:16	margarete maria de Lima	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoHU.pdf	10/01/2017 11:05:57	margarete maria de Lima	Acelto
Orçamento	ORCAMENTO.docx	21/12/2016 12:18:54	margarete maria de Lima	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	21/12/2016 12:17:38	margarete maria de Lima	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 08 de Maio de 2017

Assinado por:
Yimar Correa Neto
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Pólo Florianópolis II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6004 E-mail: ocp.propexq@contato.ufsc.br