

MICHELE CARMONA ACHING

**A MÃE SUFICIENTEMENTE BOA: IMAGINÁRIO DE
MÃES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL**

PUC-CAMPINAS

2013

MICHELE CARMONA ACHING

**A MÃE SUFICIENTEMENTE BOA: IMAGINÁRIO DE
MÃES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia como Profissão e Ciência.

Orientadora: Profa. Dra. Tania Mara Marques Granato

PUC-CAMPINAS

2013

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas

**t155.4
A178m**

Aching, Michele Carmona.

A mãe suficientemente boa: imaginário de mães em situação de vulnerabilidade social / Michele Carmona Aching. – Campinas: PUC-Campinas, 2013.

119 p.

Orientadora: Tania Mara Marques Granato.

Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui bibliografia.

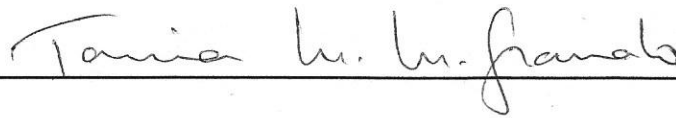
1. Psicologia infantil. 2. Maternidade. 3. Mães - Aspectos sociais. 4. Pais e filhos. 5. Crianças – Desenvolvimento. I. Granato, Tânia Mara Marques. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

22. ed. CDD – t155.4

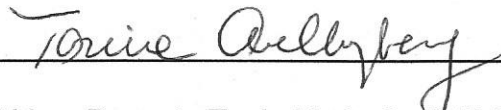
MICHELE CARMONA ACHING

A mãe suficientemente boa: imaginário de mães em situação de vulnerabilidade social

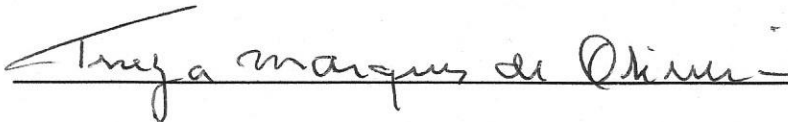
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dra. Tania Mara Marques Granato



Prof.^a Livre Docente Tania Maria José Aiello-Vaisberg



Prof.^a Dra. Tereza Marques de Oliveira

A todas as gestantes que
compartilharam suas histórias,
dividiram suas angústias e confiaram
em meu cuidado, ensinando-me que
apesar das dificuldades é possível
sonhar, confiar e reencontrar a
esperança

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido Fernando Feijó, por todo amor e apoio, permitindo que mais este projeto fosse concretizado.

Aos meus pais Marinês Carmona e Jaime E. Aching Salazar pelo apoio incondicional e incentivo para seguir os caminhos que acredito.

As minhas irmãs, Francis Aching, Nicole Aching e Clara Fernandes, por todo apoio e incentivo.

A minha amiga, Valeri Guajardo, pelo apoio e ajuda com sua paciente leitura e contribuições.

A minha orientadora, Profa. Dra. Tania Mara Marques Granato por todo carinho, disponibilidade, paciência, cuidado e inspiração, desde que nossos caminhos se cruzaram em 2010.

À Profa. Livre Docente Tania Maria José Aiello-Vaisberg pelo incentivo à pesquisa e inspiração por uma clínica mais humana.

A toda equipe do Centro Habitare, em especial às colegas e amigas, Profa. Dra. Tereza Marques de Oliveira, Nadia Prando, Cris Pradel e Ana Luiza Garcia por todas as supervisões, orientações e discussões sempre tão ricas.

Ao meu grupo de pesquisa, Thiago Jurado, Vanildo Paiva, Renata Tasca, Cleber Moraes, Lais Dester, Mariana Biffi e Salete Junqueira.

A toda equipe e às moradoras do Alojamento Social Amparo Maternal, por permitirem que esta pesquisa fosse realizada.

A toda equipe do Programa de Pós Graduação do Centro Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica PUC- Campinas.

À CAPES pelo apoio financeiro permitindo que mais um estudo fosse concluído.

RESUMO

Aching, M. C. (2013). *A mãe suficientemente boa: imaginário de mães em situação de vulnerabilidade social*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

A "mãe suficientemente boa" é capaz de reconhecer, respeitar e atender as necessidades básicas de seu bebê ao encontrar um ambiente de acolhimento para as próprias necessidades. Quando mulheres vivem em situação de vulnerabilidade social, investigar como se concebem os cuidados maternos nesse contexto torna-se pertinente e socialmente relevante. A fim de abordar a experiência materna em situação de precariedade, investigamos o imaginário de um grupo de mães abrigadas sobre a "mãe suficientemente boa", fazendo uso de um procedimento psicanaliticamente orientado que visa a instauração de um campo investigativo dialógico. A Narrativa Interativa é uma história fictícia pré-elaborada pela pesquisadora de forma a apresentar o tema a ser investigado, até o ponto em que a trama se interrompe, para que o participante a complete em direção a um desfecho. Como segunda etapa do procedimento é disponibilizado um espaço de discussão com o grupo de participantes, dando continuidade à elaboração da experiência materna. O registro do encontro foi realizado pela pesquisadora sob a forma de narrativas transferenciais, relato que conjuga as expressões das participantes com as impressões pessoais do pesquisador. As Narrativas Interativas e as narrativas transferenciais foram tomadas coletivamente como expressão dos sentidos afetivo-emocionais que fundamentam a experiência materna, sendo discutidas à luz do conceito winnicottiano da mãe suficientemente boa. Após a consideração psicanalítica das produções imaginativas das participantes frente à maternidade emergiram os seguintes campos de sentido afetivo-emocional: **Maternidade e Desamparo** que compreende a maternidade como fator de risco social e psíquico, tendo em vista a condição de vulnerabilidade destas mulheres, evidenciando o decorrente desamparo. O campo **E agora eu, com essa criança, sozinha?** aponta para a experiência de solidão e abandono, bem como o lugar de ausência do pai e o fato da responsabilidade parental recair exclusivamente sobre a mãe. No campo **Mãe é quem faz e pronto!** vislumbramos tanto a força materna como meio de superação de adversidades bem como o modo de se defender dos sofrimentos a que estão expostas. Como último campo, **Mãe de primeira viagem** capta as inseguranças maternas que costumam acompanhar a primeira gravidez e a relação com o primeiro filho. Para concluir fazemos uma reflexão sobre a mãe suficientemente boa em contexto de vulnerabilidade social.

Descritores: maternidade, vulnerabilidade social, imaginário coletivo, Narrativa Interativa, psicanálise

ABSTRACT

Aching, M. C. (2013). *The good enough mother: imaginary of mothers in a situation of social vulnerability*. Master's Degree Dissertation, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

The “good enough mother” is able to recognize, respect and meet the basic needs of her baby if she finds a holding environment for her own needs. When women are living in a vulnerable social situation, to investigate how maternal care is conceived becomes scientifically and socially relevant. With the aim to approach the maternal experience in precarious conditions, we have investigated the imaginary of a group of sheltered mothers about the good enough mother concept. Adopting a psychoanalytic methodological approach to establish a dialogical investigative ground, we created an Interactive Narrative, which is a story created by the researcher to present the theme we wanted to investigate. The narrative is interrupted as it reaches its climax, when the participants are invited to complete the story in the direction of a denouement. The second part of the procedure is a group discussion, conducted by the researcher, about the way the participants experience motherhood. To register this moment the researcher has written transferential narratives, which is an account about the participants' expressions and the researcher's personal impressions as well. The interactive narratives and the transferential narratives were taken as a collective affective-emotional expression that underlies the maternal experience, to be discussed in the light of the winnicottian concept of the good enough mother. After psychoanalytic consideration of the imaginative constructions the following fields have emerged: **Motherhood and Helplessness**, which comprehends the motherhood as a social and psychological risk factor to women in social vulnerability contexts and an evidence of their destitution. The field **What about me, alone with this child?** points out to the experience of solitude and abandonment, which includes an absent father and all the parental care being attributed to the mother. The field **Mother, who does everything!** reveals the maternal strength as a way to overcome life adversities and protection against suffering. The last one, **New mother**, captures the maternal insecurity that mark the first pregnancy and the relationship with the first child. To conclude this paper we bring some ideas about the good enough mother in a context of social vulnerability.

Key words: motherhood, social vulnerability, collective imaginary, Interactive Narrative, psychoanalysis

SUMÁRIO

RESUMO	VII
ABSTRACT.....	VIII
APRESENTAÇÃO.....	10
INTRODUÇÃO.....	15
CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MATERNIDADE	16
CONSIDERAÇÕES SOBRE A FAMÍLIA POPULAR BRASILEIRA.....	22
A FAMÍLIA EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL.....	27
A MÃE SUFICIENTEMENTE BOA.....	30
O IMAGINÁRIO COLETIVO SOBRE A MATERNIDADE	37
OBJETIVOS	43
ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS.....	45
APRESENTANDO AS PARTICIPANTES E O CAMPO DA PESQUISA.....	54
NARRATIVAS SOBRE A MÃE SUFICIENTEMENTE BOA	60
GRUPO PILOTO	63
NARRATIVA TRANSFERENCIAL SOBRE O ENCONTRO I	64
NARRATIVAS DAS PARTICIPANTES DO GRUPO A	72
NARRATIVA TRANSFERENCIAL DA PESQUISADORA SOBRE O ENCONTRO II.....	73
NARRATIVAS DAS PARTICIPANTES DO GRUPO B.....	78
NARRATIVA TRANSFERENCIAL DA PESQUISADORA SOBRE O ENCONTRO III	79
ENCONTRANDO CAMPOS DE SENTIDO AFETIVO-EMOCIONAL	85
MATERNIDADE E DESAMPARO.....	87
É AGORA, EU COM ESSA CRIANÇA SOZINHA?	90
A MÃE É QUEM FAZ E PRONTO!	94
MÃE DE PRIMEIRA VIAGEM.....	96
CONSIDERAÇÕES SOBRE A MÃE SUFICIENTEMENTE BOA	99
REFERÊNCIAS	107
ANEXOS.....	116

APRESENTAÇÃO

A Organização das Nações Unidas (ONU) apresentou no início do século os Objetivos do Milênio¹, que se caracterizam por propostas e sugestões de cuidados com a saúde materno-infantil no contexto da realidade brasileira e suas necessidades de desenvolvimento. Desde 1990, tem se buscado estratégias que auxiliem na redução da mortalidade materna, e as ações tomadas nesse sentido apontam para uma redução de praticamente 50%, considerando que em 1990 a mortalidade materna era de 140 óbitos por 100 mil nascidos, enquanto em 2007 esta taxa declinou para 75 óbitos.

Perseguindo o mesmo objetivo, as metas do milênio para a saúde da mulher incluem ações que propiciem um 'ambiente agradável, afetivo e pacífico' às gestantes em seu cotidiano, a oferta de ajuda à gestante em situação de desvantagem social para a aquisição do enxoval de seu bebê, o acompanhamento da gestante, visando garantir a realização do pré-natal, bem como o transporte para as consultas e a aquisição de medicamentos. Além disso, o governo pretende divulgar informações sobre saúde da gestante e articular palestras em Postos de Saúde, Centros Comunitários e instituições, como a Pastoral da Criança. No âmbito da saúde mental, propõe iniciativas comunitárias voltadas para a melhoria da saúde materna e o atendimento à gestante (pré-natal e pós-parto), desenvolvendo relações entre comunidade e Universidade.

Assim como a saúde materna, a infância também é alvo de ações objetivando a redução da mortalidade infantil. Dados da ONU² e de outros pesquisadores como Victora, Aquino, Leal, Monteiro, Barros e Szwarcwald (2011), apontam para um decréscimo na taxa nacional de mortalidade de crianças com menos de um ano de 47,1 óbitos por mil nascimentos, em 1990, para 19 em 2008. Até 2015, a meta é reduzir esse número para

¹ <http://www.objetivosdomilenio.org.br/>, consultado em 29 de maio de 2012

² <http://www.objetivosdomilenio.org.br/mortalidade/>, consultado em 29 de maio de 2012

17,9 óbitos por mil. Segundo o relatório da ONU, a expectativa é de que esse objetivo seja cumprido ainda antes do prazo, porém a desigualdade social ainda é grande: “... crianças pobres têm mais do que o dobro de chance de morrer do que as ricas, e as nascidas de mães negras e indígenas têm maior taxa de mortalidade” (Objetivos do Milênio - ONU³). As ações previstas para a redução dos índices de mortalidade infantil vão desde os cuidados físicos, como vacinação e higiene, à valorização do aleitamento materno como forma de fortalecer o vínculo mãe-bebê.

Embora a saúde da mulher e da criança ocupe lugar de destaque como objetivo de políticas públicas, seu foco ainda recai sobre a assistência social, no âmbito de proteger e garantir recursos mínimos para o cuidado materno-infantil, enquanto o atendimento psicológico tem sido pouco contemplado nas ações de saúde pública de modo geral.

Pesquisas recentes (Oliveira, 2008; Lobo, 2008; Folle & Geib, 2004; Pinto et al., 2011, Reis et al., 2008) desenvolvidas na área da maternidade em diferentes contextos sociais, focalizam ora a criança e seu desenvolvimento biopsicossocial, ora a constituição da maternidade enquanto processo psíquico ou como papel social da mulher. Estas pesquisas questionam algumas crenças como a do instinto materno, a imagem idealizada da maternidade e apontam para a importância do trabalho psicanalítico na restauração dos recursos emocionais de mulheres gestantes, uma vez que compreendem a gestação e os primeiros anos de vida do bebê como um período que requer da mulher novas e complexas tarefas, do ponto de vista físico e emocional.

Visto que a experiência da maternidade requer atenção à saúde mental da mulher, principalmente em situação de vulnerabilidade social, venho desenvolvendo desde 2010

³ <http://www.objetivosdomilenio.org.br/mortalidade/>, consultado em 29 de maio de 2012.

um trabalho clínico⁴, com gestantes e puérperas em uma instituição pública, inspirado na proposta de Oliveira (2008), adotando como enquadre clínico a Oficina Psicoterapêutica Boneca-flor (Granato & Aiello-Vaisberg, 2008), tenho buscado o acolhimento das vivências afetivo-emocionais dessas gestantes e a facilitação do vínculo afetivo mãe-bebê. Esse contexto que as coloca em risco de desamparo emocional e social tem acarretado a dissolução da díade mãe-bebê ou o estabelecimento de relações sofridas e pouco saudáveis.

A partir desta clínica, surgiram questionamentos por parte das próprias integrantes do grupo terapêutico a respeito de quais seriam os cuidados maternos necessários para que os bebês se desenvolvessem bem. De minha parte, interrogava-me sobre os recursos emocionais destas mulheres para o exercício da maternidade, uma vez que muitas delas não relatavam um experiência satisfatória de cuidado.

No âmbito das discussões com o grupo de pesquisa, perguntei-me como esse grupo de mulheres conceberia a mãe suficientemente boa (Winnicott, 1956a/2000), tendo em vista a situação de precariedade em que viviam. Desse questionamento nasce a ideia deste estudo como estratégia de aproximação ao drama materno vivido por mulheres em situação de vulnerabilidade social, interrogando suas concepções e possibilidades de exercer a maternidade, tendo como norte a saúde física e mental da dupla mãe-bebê.

Dessa forma, esperamos que a aproximação à realidade de mães que vivem em contexto de precariedade, por meio da compreensão de sua experiência afetivo-emocional forneça elementos para o profissional que lida com o sofrimento emocional que é potencializado

⁴ O trabalho clínico é desenvolvido em parceria com ONG Habitare – Centro de Atendimento, Estudo e Pesquisa em Psicanálise e Psicossomática. Para saber mais acesse: www.centrohabitare.org.br

pela situação de vulnerabilidade, tanto na área da saúde como da assistência social e, quem sabe venha a inspirar políticas públicas que visem o bem estar materno-infantil.

INTRODUÇÃO

Construção social da maternidade

Com a finalidade de contextualizar nosso estudo sobre a experiência materna em situação de vulnerabilidade social partiremos de um panorama mais amplo sobre a construção social do lugar da mãe para, pouco a pouco, ajustarmos nosso foco sobre a mulher brasileira que se torna mãe em situações precárias.

Badinter (1980/2011) aponta em seu estudo que o papel materno tem sofrido transformações de acordo com a evolução sócio-histórica, no sentido de que as atribuições ditas maternas, definidas por tarefas específicas, têm se diferenciado ao longo dos anos. Quando os cuidados passaram das amas de leite às mães, as responsabilidades maternas englobavam apenas os cuidados físicos com a criança, tais como a alimentação e a higiene, mas influenciadas pelas autoridades da época, médicos, Igreja, etc., tais cuidados se estenderam para a educação e a formação ética e moral do futuro cidadão.

O papel materno da forma como o concebemos hoje nada mais é que o resultado de um longo processo de construção de modelos de maternidade, que se atualizam de acordo com as expectativas sociais de uma época. Estes modelos que se constituem como conglomerados de ideais, advertências e recomendações, orientam a conduta materna e a postura dos que em torno dela se organizam, sejam familiares, profissionais e instituições sociais.

Badinter (1980) observa que, ao longo da história europeia, a construção da maternidade desemboca na concepção segundo a qual a mulher é tida como a maior responsável pelo

cuidado infantil, ideal proclamado por filósofos e médicos iluministas por meio de seus "manuais da boa mãe", cujo objetivo era reconduzir as mulheres de volta ao papel materno, a fim de coibir as altas taxas de mortalidade infantil da época.

Ao se debruçar sobre documentos do início do século XIV, Badinter (1980) observa que nessa época a função materna praticamente não existia, uma vez que a criança era cuidada por uma ama de leite, usualmente uma camponesa pobre, contratada para substituir a mãe durante toda a primeira infância. Em condições muito precárias, cada ama cuidava de várias crianças, as quais eram enviadas aos seus cuidados logo após o parto, permanecendo no campo, sob sua responsabilidade, até os três primeiros anos de vida.

A mulher era pouco valorizada pela sociedade da época, e sua principal função era ajudar seu marido, principalmente em tarefas relacionadas ao trabalho, sendo este o motivo pelo qual justificava o fato de não poder cuidar dos filhos. Ainda que pertencesse a uma classe privilegiada, e, portanto, não precisava trabalhar, a mãe delegava os cuidados dos filhos a uma ama. No entanto, caso a mulher fosse suficientemente rica, e assim o desejasse, trazia a ama para residir com a família, o que permitia algum contato entre mãe e filho.

Ao final do século XVI, a mulher passa a desempenhar, além do papel de esposa e auxiliar no trabalho do marido, o papel de mãe. Entretanto, para a sociedade, em virtude das limitações de seu grau de instrução e, seu lugar desvalorizado na sociedade, seu papel resumia-se a prover os cuidados básicos de seus filhos. Por ainda ocupar um lugar secundário na família, alinhada hierarquicamente aos seus próprios filhos, devia submissão e obediência ao marido.

Acompanhando as transformações do papel materno, a infância era também a princípio, considerada um período destituído de importância. Devido as altas taxas de mortalidade infantil, não fazia sentido nutrir qualquer sentimento de afeto por quem se pudesse perder tão facilmente. De outro lado, os altos índices de mortalidade da época atestavam a negligência da família, pois só quando a criança sobrevivia a esse período de alta morbidade, retornava ao convívio com os adultos, porém ainda de maneira indiferenciada (Ariès, 1981).

Dessa maneira esperava-se que as crianças vivessem sem depender da solicitude materna, já que eram membros de uma sociedade que não as distinguia dos adultos. E ao serem inseridas no mundo dos adultos eram vistas como adultos em miniatura, não sendo atribuída à infância qualquer particularidade. Ariès (1981) acompanha a mudança de mentalidade que leva a família a se organizar em torno da criança, colocando-a gradualmente em um lugar de destaque no lar. Este reconhecimento da infância se deu primeiramente nas famílias nobres e burguesas, enquanto as crianças das camadas populares ainda viviam o mundo dos adultos.

Assim, à medida que a infância ganha destaque, a função materna passa a ser valorizada. Se anteriormente esperava-se que as crianças vivessem sem depender da solicitude materna, quando a infância passa a ser compreendida como um período singular do desenvolvimento humano, que requer cuidados especiais, conclui-se pela necessidade de que alguém se encarregue de tal cuidado.

É somente no século XVIII que a mulher se torna autoridade no lar, condição diretamente relacionada ao seu desempenho como mãe. Como consequência de tal ascensão social, a mulher passa a se ocupar integralmente da educação dos filhos, quanto à sua formação

moral e social, tornando-se responsável pelo tipo de adulto que seu filho um dia será (Badinter, 1980).

O século XVIII assiste a primeira mudança de mentalidade a respeito da maternidade, não mais vivida como servidão, fazendo com que as mulheres cedam às influências sociais, no sentido de retomar o cuidado dos filhos e, acima de tudo, o senso de dever diante da tarefa materna. Segundo Badinter (1980), a consequência imediata é a valorização do até então inédito amor materno, conceito que se torna palavra de ordem, segundo a autora, sendo a maternidade exaltada como valor natural e social. O Estado, mais preocupado com o aumento da mortalidade infantil do que com a condição feminina, incumbe a mãe da função de criar um cidadão moral, promovendo o desenvolvimento de sua prole em seu aspecto físico, moral e educacional.

No Brasil, a influência do modelo francês foi descrita por Freire (2009) em estudo que buscou investigar, por meio de revistas direcionadas ao público feminino na década de 20, o processo de construção da maternidade brasileira. Perseguindo o mesmo objetivo, Fonseca (2012), demonstrou a influência do modelo francês e apresentou o lugar da mulher na sociedade a partir do que encontrou em processos jurídicos, movidos contra mulheres em 1920, trazendo contribuições específicas referentes a população de baixa renda, tais como, a situação de abandono da mulher, a vulnerabilidade frente ao homem e a necessidade de trabalhar, ainda que informalmente. Este tema, será retomado na seção – Considerações sobre a família popular brasileira.

No Brasil, assim como na França, “o combate às amas foi parte do movimento da sociedade para reconduzir as mulheres à sua função “natural’ de mães” (Freire, 2009, p. 22), sendo a maternidade alçada à dimensão de ordem pública, devendo ser amparada e

protegida. Freire (2009) aponta para uma reorientação do papel materno da mulher brasileira por meio de um discurso integrado entre o Estado, a Igreja Católica, a indústria, profissionais liberais e a elite brasileira, que afirmavam que a boa maternidade permitiria o alcance da ordem e progresso da nação, instituindo a ciência como o caminho para atingir tal objetivo.

Freire (2009) observa que nas principais revistas dirigidas ao público feminino da época, entre os múltiplos papéis que a mulher poderia desempenhar, o mais enaltecido era o de mãe. E para que esta cedesse a tal apelo, estabeleceu-se uma aliança com os médicos, o que resultou no que Freire denomina a maternidade científica, uma “aliança entre mulheres e médicos em torno da proposta da nova maternidade, progressivamente investida do caráter de prática científica” (p.97).

Era unânime entre os representantes da Igreja, feministas, médicos e o Estado, cada qual agindo de acordo com o próprio interesse, que a maternidade era um valor a ser preservado. Se para o Estado interessava o desenvolvimento da nação, as feministas buscavam garantir um lugar de prestígio para a mulher na sociedade, identificando o potencial emancipador do trabalho doméstico. Uma vez que havia se tornado comum os cursos preparatórios para que a mulher se desenvolvesse como mãe, caso esta quisesse, poderia se estender a maternidade para além das fronteiras do lar, no desempenho de funções como o magistério e a enfermagem, profissões vistas como o exercício de uma “maternidade espiritual”, segundo Freire (2009).

Assim, a maternidade, ainda que intrinsecamente vinculada à natureza feminina, rompia a fronteira doméstica, adquirindo caráter de missão patriótica e interesse público. Entretanto, ainda longe de serem livres, as mães eram fiscalizadas de perto pelos

médicos: “os médicos tiveram seu papel consolidado através da enunciação de um discurso que condenava o exercício tradicional da maternidade, redefinindo-o em novas bases” (Freire, 2009, p.21).

Dessa forma, a mulher se tornou "objeto de um processo educacional voltado prioritariamente para a melhoria de sua performance como educadora dos filhos” (Freire, 2009, p.117), alcançando a condição de cidadã esclarecida. Ainda que a missão principal dos cursos femininos fosse a educação da mãe de família, também era seu objetivo a formação de mão de obra feminina que servisse simultaneamente o lar, a indústria e o comércio.

Embora o modelo de mãe tenha sofrido transformações ao longo da história, o ideal atual se mostra mais exigente do que nunca pois, além de recomendar os cuidados básicos, requer da mulher uma atenção escrupulosa ao desenvolvimento psicológico, social e intelectual da criança (Badinter, 2011). Segundo Badinter (2011), atualmente as mulheres se encontram em meio a uma tripla contradição em relação à maternidade. A primeira se refere ao seu aspecto social, pois ao mesmo tempo em que a maternidade é considerada a mais importante realização da mulher, segue sendo desvalorizada em face da prestigiada inserção da mulher no mercado de trabalho. A segunda contradição diz respeito ao relacionamento conjugal que, apesar de se oferecer como base para a constituição da família, é constantemente ameaçado pelas demandas infantis. A terceira, e talvez a mais dolorosa, reside no íntimo de cada mulher, quando esta não se identifica com a pretendida função materna. Badinter (2011) reconhece que a maternidade se constitui de acordo com o modo como a mulher se identifica e articula cada um de seus papéis sociais: mulher, esposa e mãe.

Considerações sobre a família popular brasileira

Assim como a função materna, o ideal de estrutura familiar também se constitui pelo seu contexto social. A representação da família nuclear, composta por mãe, pai e filhos, ainda predomina na atualidade como modelo ideal, apesar do surgimento de novas configurações, principalmente em famílias oriundas de camadas populares (Biasoli-Aves, 2000).

Entretanto, movidas por esse ideal, as famílias populares adotam inicialmente a estrutura nuclear, para gradualmente se ampliar, à medida em que abriga parentes, e também amigos em seu seio. Esta situação de coabitação decorre de fatores circunstanciais, tais como não ter onde morar ou estar desempregado e precisar de auxílio (Amazonas, Damasceno, Terto & Silva, 2003).

Independentemente do arranjo familiar adotado, a família é vista como espaço indispensável para garantir o desenvolvimento e proteção integral dos filhos e seus demais membros (Ferrari & Kaloustian, 1998). Sendo a família o principal modo de organização de uma sociedade, esta reflete sua estrutura econômica, social e política, pois em seu sentido mais amplo antecede o processo de interação social, a partir dos quais as pessoas se constituem enquanto sujeitos, cidadãos e membros da sociedade (Almeida, 2007).

Como construção social, a família instaura e representa uma diversidade de relações que propicia os aportes afetivos e, sobretudo, os recursos necessários ao desenvolvimento e bem estar de seus membros, desempenhando um papel fundamental na educação e no

aprofundamento de valores éticos e morais, assim como o sentimento de solidariedade (Gomes & Pereira, 2005).

As origens da família popular brasileira remetem à família patriarcal do Brasil Colônia e seu passado escravocrata. Nessa época, a família era extensa e composta por membros, cujos laços não se restringiam à consanguinidade, que circulavam livremente no seio familiar. O pai era a figura de incontestável autoridade familiar e à mãe cabia a educação dos filhos, a administração da rotina doméstica e o comando dos serviços (Neder, 1998).

Em meados do século XIX, com a valorização da intimidade no lar, emergiu um novo arranjo familiar, formado por pai, mãe e filhos, que limitava suas trocas sociais aos avós, tios e primos conduzindo a família patriarcal ao modelo nuclear (Almeida, 2007). Porém, os papéis familiares pouco mudaram em relação ao modelo anterior, a mulher ainda deveria desempenhar o papel de boa mãe, cuidando e ensinando os filhos, e ser uma boa esposa, dando suporte para o trabalho do marido fora do lar (Almeida, 2007). Sendo o pai a figura de autoridade, a conduta feminina se caracterizava por uma postura de obediência e valorização desta, uma vez que frente à impossibilidade de transgredir restava à mulher a alternativa de agradar. Essa relação de domínio e submissão estendeu-se até o século XXI (Almeida, 2007).

Fonseca (2012) focalizou o percurso da mulher na família popular brasileira, ao se debruçar sobre documentos referentes a processos jurídicos movidos contra mulheres de 1920, verificando que naquela época à mulher da classe baixa restavam dois lugares, o de santa ou prostituta. Santa, porque não era bem visto que a mulher trabalhasse fora do lar, o que a colocava em situação de dependência e submissão ao poder patriarcal; enquanto diante do abandono do marido, a prostituição ou o recasamento eram vistos

como uma saída. Diante dos valores morais e sociais que enalteciam a maternidade e a mulher do lar, mulheres recasadas ou que trabalhavam eram vistas como uma mulher da vida. No entanto, embora o trabalho feminino fosse mal visto, Fonseca (2012) observou que nas camadas populares, desde 1920 era a mulher quem sustentava o lar.

A fragilidade econômica das classes desfavorecidas levava as mulheres a se empregar como bordadeiras, passadeiras, lavadeiras, etc. para manter o sustento do lar, representando 40% dos chefes de família da época. Os homens, por sua vez, possuíam uma grande mobilidade geográfica decorrente do emprego o que 'deixava as mulheres periodicamente em estado de abandono' (Fonseca, 2012, p. 515).

Os achados de Fonseca (2012) mostram como a mulher era constantemente abandonada pelo marido que seguia se deslocando em busca de melhores empregos. Embora este buscasse melhores condições financeiras para a família, sua mulher precisava prover o próprio sustento durante toda a sua ausência. Alguns homens ao retornar ao lar, voltavam a cuidar de sua família, outros nunca mais voltavam, enquanto alguns regressavam e pediam que a mulher fosse embora, o que representava mais um gasto para a mulher que deveria agora alugar uma casa, ou contar com a ajuda da própria família. Dessa forma, à mercê da vontade do marido, a mulher da classe popular precisou se lançar no mercado de trabalho informal, para cuidar de si e de seus filhos.

A despeito das particularidades regionais brasileiras, vemos este mesmo caminho sendo traçado desde o século XIX, ou seja, a mulher se manteve em sua condição de submissão e docilidade em relação ao patriarca, mesmo quando inserida no mercado de trabalho. Como exemplo, temos a mulher nordestina cujas atividades se restringiam ao interior da casa-grande, mantendo-se dócil e passiva, enquanto a mulher da região Sul

adotava um perfil mais ativo, administrando a fazenda e controlando os criados, porém somente na ausência de seu marido (Almeida, 2007).

Esses trabalhos apontam para a presença do trabalho feminino ao longo da história social das famílias brasileiras, principalmente nas camadas populares. O trabalho feminino tem sido uma necessidade para garantir as condições mínimas de sobrevivência de uma família, tendo como consequência o abandono da tarefa materna e os riscos que tal conduta acarretam para o desenvolvimento do futuro da nação (Freire, 2009).

Com o passar dos anos surge como alternativa ao abandono da maternidade, partilhar o cuidado infantil com parentes da rede familiar mais ampla ou com vizinhos da comunidade, estendendo o cuidado materno para além da mãe biológica, sendo incluídas as avós, as criadeiras e as mães de criação (Fonseca, 2012). As dificuldades de conciliar a prática da maternidade com o trabalho fora de casa se vinculavam ao passado escravista. Freire (2009) afirma que após a abolição,

a maior parte das escravas libertas continuaram trabalhando como criadas, mas com o agravante de passarem a residir fora da residência do patrão, em cortiços considerados focos de insalubridade. Nas novas relações trabalhistas, a permanência de padrões escravistas, ao mesmo tempo que determinava a Roda como destino principal dos filhos daquelas que se empregavam como amas de leite, trazia para os filhos dos senhores a ameaça dos 'perigos da rua'. (Freire, 2009, p. 103)

O que vemos, portanto, como herança do passado escravista é a relação que a mulher estabelece com o trabalho, no sentido de distanciar-se da maternidade e submeter-se a condições sub-humanas de trabalho.

Se a família é afetada pelo seu desenvolvimento socioeconômico (Lynch & Tiedje, 1991), a organização familiar em populações de baixa renda desenvolveu características específicas relativas à estrutura e aos papéis familiares, aos processos de comunicação e à socialização dos filhos, para garantir sua sobrevivência. Além disso, a situação das famílias populares brasileiras sempre se caracterizou por problemas sociais diversos, tais como o atentado frequente contra os direitos humanos, em função da violência, do abuso e da exploração (Ferrari & Kaloustian, 1998).

Ferrari e Kaloustian (1998), assim como Neder (1998) apontam para o papel da família escrava na constituição da família popular brasileira, particularmente no que se refere à família de baixa renda, que herdou do período da escravidão o autoritarismo e a violência. Vale ainda ressaltar a necessidade migratória para garantir a sobrevivência, a qual implica na perda de vínculos familiares e em crises de identidade, atingindo principalmente os pais e levando à desestruturação do espaço doméstico. Estas trajetórias e movimentos ocorrem muitas vezes, de forma traumática, ditadas pela condição econômica e luta pela sobrevivência individual e familiar (Vicente 1998).

Em função do quadro acima apresentado, as famílias brasileiras de baixa renda têm se organizado em famílias monoparentais, situações em que a mulher torna-se a única provedora da família (Ferrari & Kaloustian, 1998), independente de seu desejo de constituir sua família inspirada no modelo nuclear e patriarcal, pois o trabalho feminino torna-se vital para a existência e manutenção da mesma. Além disso, outros fatores como desemprego masculino ou uso de álcool e drogas enfraquecem o poder de sustento do homem, conduzindo a mulher à condição de chefe de família.

Gomes e Pereira (2005) afirmam que “para a família pobre, marcada pela fome e miséria, a casa representa um espaço de privação, de instabilidade e de esgarçamento dos laços afetivos e de solidariedade” (p. 359). Quando a casa deixa de ser um espaço de proteção e torna-se espaço de conflito, a superação dessa problemática costuma se dar de forma fragmentada e pouco saudável, pela ausência de condições emocionais e redes de apoio que auxiliem as famílias no enfrentamento das adversidades

A família em situação de vulnerabilidade social

Situações adversas na maioria das famílias populares brasileiras estão diretamente ligadas a situações de vulnerabilidade. O termo vulnerabilidade aqui se aplica a situações vividas por “famílias expostas a fatores de risco que sejam de natureza pessoal, social ou ambiental que coadjuvam ou incrementam a probabilidade de seus membros virem a padecer de perturbações psicológicas” (Prati, Couto & Koller 2009, p.404). Tais fatores de risco estão associados a eventos que potencializam ou predispõem resultados e processos disfuncionais de ordem física e/ou emocional (Prati et al., 2009).

Diante desses fatores de risco, Prati et al. (2009) pontuam que o sistema familiar pode responder de forma ineficaz, não tendo condições de reagir funcionalmente e de se estabelecer uma base saudável para o seu desenvolvimento. Além disso, a rede de apoio social e afetivo das famílias podem não ser acionadas adequadamente de forma funcional e responsiva (Prati et al., 2009).

Prati et al. (2009) afirmam que, ao longo do tempo o termo vulnerabilidade imigrou de uma perspectiva individual para a família e a comunidade, mostrando que não só o indivíduo mas todo o sistema pode se fragilizar diante de fatores de risco. Os autores

afirmam que em situações em que a família ou indivíduo, se percebe vulnerável, surgem sentimentos de impotência, de falta de recursos e de fragilização. As tentativas de superar os impasses tornam-se insuficientes, fixando-se uma situação de vulnerabilidade. Além disso, podemos encontrar na família, pessoas que apresentam défices em seus recursos pessoais, o que contribui ainda mais para a não superação de impasses e dificuldades, estabelecendo a situação de vulnerabilidade social, descrita por Prati et al. (2009) como “sistemas carentes de suporte social, repletas de desafios e necessidades não correspondidas” (p.405).

As situações de crise surgem na interação da família com a comunidade e com a sociedade mais ampla. No Brasil, é consenso que a vulnerabilidade das famílias esteja associada à sua situação de pobreza e ao perfil de distribuição de renda no país, o que é uma preocupação permanente e nos remete à estruturação e bem estar das famílias (Gomes & Pereira, 2005). A pobreza pode ser definida como a situação na qual uma “parte da população não é capaz de gerar renda suficiente para ter acesso sustentável aos recursos básicos que garantem uma qualidade de vida digna. Estes recursos são água, saúde, educação, alimentação, moradia, renda e cidadania” (Gomes & Pereira, 2005, p. 359).

É importante ressaltar que ainda que a maioria das situações de vulnerabilidade estejam relacionadas às condições sociais, a vulnerabilidade não se restringe à famílias de nível socioeconômico baixo, uma vez que toda e qualquer família pode enfrentar adversidades em seu processo de desenvolvimento (Prati et al., 2009). Entretanto, no Brasil, o fator econômico é o que mais tem contribuído para a desestruturação familiar, à medida em que a família deixa de cumprir suas tarefas de socialização e amparo aos seus membros, instalando-se uma situação de vulnerabilidade.

Esta situação se inicia, a partir do momento em que os pais não conseguem bons empregos, sujeitando-se ao subemprego ou desemprego, precipitando a saída dos filhos para o mundo e o abandono escolar, frente à necessidade de contribuir com o orçamento familiar. Amazonas et al. (2003) salientam que nas famílias populares os filhos representam força de trabalho e ganho econômico, não despesas.

Diante da necessidade de contribuir com a renda familiar, o abandono escolar e a entrada precoce na vida pública terminam por fixar uma situação que parecia temporária, dificultando o retorno dessas crianças ao lar e à escola, o que se torna cada vez mais distante (Gomes & Pereira, 2005). Amazonas et al. (2003), observa que para essas famílias não há diferenciação entre público e privado uma vez que a rua se torna extensão do lar, seja por uma necessidade de cuidado que passa a ser satisfeita pela comunidade ou mesmo pelas precárias condições físicas da casa. Os autores ainda advertem que o fato do cuidado das crianças ficar a cargo da comunidade não significa necessariamente harmonia e consenso, sendo comuns situações de conflito e violência. Gomes e Pereira (2005) salientam que a ida para a rua acarreta a perda dos vínculos familiares que é acompanhada de sofrimento, tornando o indivíduo frágil e descrente de si mesmo. Esse quadro torna-se desagregador, dificultando o convívio saudável da família pelo desequilíbrio das relações.

Martin e Angelo (1999) atribuem às dificuldades enfrentadas pelas famílias de baixa renda uma aceleração no processo de formação do casal, casamento e nascimento de filhos, como tentativa de superação das dificuldades, cuja consequência é a fragilização dos papéis dos pais, principalmente das mães, que assumem grande parte do cuidado da família.

Martin e Angelo (1999) apontam que diante da dupla tarefa de contribuir com a sobrevivência dos familiares e cuidar dos próprios filhos, a mãe desempenha suas funções em um contexto de fragilidade e, portanto, à medida que os filhos crescem, ela já não consegue supervisioná-los como acontecia quando eram pequenos.

A mãe suficientemente boa

Tomando o papel materno como construção social, não há como desconsiderar que o mesmo aconteceu com as concepções psicanalíticas a respeito da função materna. Neste trabalho tomaremos como lugar de referência a concepção winnicottiana de mãe suficientemente boa, considerando o contexto histórico e social em que Winnicott produziu importantes contribuições ao estudo do desenvolvimento emocional primitivo.

Quando aborda o relacionamento mãe-bebê, Winnicott (1956a/2000) descreve a coexistência do processo de identificação materna com a dependência do bebê recém-nascido, situação que favorece a sintonia entre as necessidades do bebê e os cuidados que a mãe lhe oferece, por meio de um estado de sensibilidade aumentada da mãe que se desenvolve ao longo do período gestacional. Tal estado, que é denominado por Winnicott como a preocupação materna primária, apresenta algumas características especiais:

Gradualmente, esse estado passa a ser o de uma sensibilidade exacerbada durante e principalmente ao final da gravidez, sua duração é de algumas semanas após o nascimento do bebê. Dificilmente as mães o recordam depois que o ultrapassam. Eu daria um passo a mais e diria que a memória das mães a esse respeito tende a ser reprimida (Winnicott, 1956a/2000, p. 401).

Winnicott (1956a/2000) compara este estado psicológico da mãe a uma doença psiquiátrica, caso ela não tivesse um bebê aos seus cuidados, tendo em vista a sensibilidade aumentada e o retraimento que a leva a preocupar-se quase exclusivamente com seu bebê, afastando-se das atividades e interesses que a ocupavam. Não podemos nos esquecer de que o autor se refere a uma mulher casada, sem a necessidade de trabalhar e que possui uma rede de apoio familiar, portanto, era esperado que a mulher pudesse entrar no estado de preocupação materna primária, bem como se recuperar dele, à medida que seu bebê se desenvolvia.

Sob um olhar mais contemporâneo, Oliveira (2008) aponta para a necessidade da mulher (re)significar seus papéis de mãe, mulher, filha e esposa, bem como reestruturar sua identidade, lidar com fatores socioeconômicos e com novas preocupações e responsabilidades.

Durante uma parte do puerpério, a mulher se torna mais sensível e muitas vezes confusa. A labilidade emocional predomina na primeira semana pós-parto: euforia e depressão se alternam rapidamente, podendo atingir grande intensidade. Ressaltamos que a ansiedade normal e a depressão reativa são comuns, porém, a linha divisória que separa a normalidade da patologia é tênue; sendo assim, a permanência dos sintomas depressivos após algumas semanas do parto deve ser vista com cuidado. As mudanças são tão significativas que, antes de compreendê-las, a psiquiatria lhes atribuía um caráter patológico. Verdadeiramente, há certa dose de “loucura”, reconhecida e ressignificada como saudável por Winnicott (1956). Posteriormente, com os estudos desenvolvidos a partir de 1956, verificou-se que viver essa experiência é um indicador de saúde (Oliveira, 2008, p. 30).

Da preocupação materna primária emerge a mãe suficientemente boa (Winnicott, 1967/1975), no sentido desta colocar-se como ego auxiliar de seu bebê rumo às conquistas dos estágios do desenvolvimento emocional. Esta conduta adaptativa da mãe permite-lhe estabelecer uma comunicação rica e sutil com seu bebê e promover o ambiente que facilite o florescimento do potencial herdado pelo bebê:

é o começo de uma comunicação entre duas pessoas; isto (no bebê) é uma conquista desenvolvimental, uma conquista que depende dos seus processos herdados que conduzem para o crescimento emocional e, de modo semelhante, depende da mãe e de sua atitude e capacidade de tornar real aquilo que o bebê está pronto para alcançar, descobrir, criar (Winnicott, 1969/1993, p.198).

Se para o bebê, nas primeiras semanas de vida, tudo são sensações, é tarefa da mãe oferecer ao bebê os cuidados necessários que garantam a sua continuidade de ser (Winnicott, 1965/2005). Winnicott (1967/1975) salienta que o cuidado que a mãe oferece ao seu bebê compõe-se de três elementos fundamentais, descritos por Granato (2002, p.25-26):

1. O segurar (*holding*), no sentido do colo físico e psicológico, que protege o bebê das *instituições* do mundo externo que se fazem acompanhar por ansiedades impensáveis (agonias primitivas), tais como o retorno a um estado de não integrado, estados de confusão, ser deixado cair, cair eternamente e a conseqüente organização de defesas primitivas. O colo materno sustenta, aquece e protege o bebê contra danos reais e fantasiados, facilitando o processo de integração
2. O manipular (*handling*), envolvendo toda a sorte de cuidados físicos dispensados ao bebê, que propicia a integração psicossomática, entendida como a possibilidade de que surja a psique a partir da elaboração imaginativa das sensações e experiências vividas no corpo e, que se una a ele, dando origem à unidade psique-soma (Winnicott,

1954). Falhas graves nessa área conduzem à dissolução dessa unidade e à perda da capacidade de sentir-se real (personalização) e de localizar-se dentro dos limites de seu corpo. As doenças psicossomáticas são outro exemplo de que algo não ocorreu bem nesses estágios iniciais;

3. Apresentação de objetos (*object presentation*), situação em que o quê, o como, o quando e o quanto a realidade externa é apresentada ao bebê são fundamentais, ocasião em que poderá utilizar seu potencial criativo, caso a mãe se ofereça como filtro que simplifica e adapta a realidade às suas necessidades e habilidade. A mãe saudável tem como “temperar” ou ainda “dosar” o que é externo ao bebê, apresentando-lhe o mundo gradualmente (Winnicott, 1949) de forma a não interromper sua vivência de continuidade. Aqui se fundam as bases dos relacionamentos que a criança e o adulto estabelecerão com o mundo externo e seus objetos, assim como da perda desta capacidade.

Dessa forma, a adaptação materna, regulada pela preocupação materna primária, não é e nem precisa ser completa, devendo ser apenas suficientemente boa, para que as lacunas deixadas pela falta de cuidado possam ser preenchidas pelo bebê que lança mão de sua “inteligência, criatividade ou compreensão à medida que ele cresce” (Granato, 2002, p.25).

O que a mãe faz jamais será apreendido pelo bebê, assim como as falhas nunca serão compreendidas como falhas da mãe, mas vividas como rupturas na continuidade de ser do bebê. Tais rupturas não são tão prejudiciais quanto as reações que provocam e, indo um pouco mais além, o excesso de reações contra a intrusão ambiental constitui-se como ameaça de aniquilação ao *self* do bebê (Winnicott, 1956a/2000). Se o bebê se recupera das reações às falhas ambientais, a ameaça não se concretiza e o bebê não precisa mais

se defender das ansiedades impensáveis por meio da organização de defesas primitivas, retomando assim a linha de continuidade de seu viver.

Quando “a mãe proporciona uma adaptação suficientemente boa à necessidade do bebê, a linha de vida da criança é perturbada muito pouco por reações à intrusão” (Winnicott, 1956a/2000, p. 403), pois pequenas falhas maternas, quando seguidas de um restabelecimento da sensação de tranquilidade, dão ao bebê a confiança de ser cuidado, base para o desenvolvimento de seu ego bem como da capacidade de tolerar frustrações. Desse modo a “constituição do ego acontece de forma silenciosa” (Winnicott, 1956a/2000, p.403) uma vez que sua formação deriva tanto de experiências de satisfação quanto daquelas em que o bebê precisa preencher as lacunas que o cuidado materno deixa em aberto.

De acordo com a perspectiva winnicottiana a base para o estabelecimento do ego é um suficiente 'continuar a ser' (Winnicott, 1956a/2000) e essa experiência só é possível quando a mãe encontra-se devotada a seu bebê, no sentido de atender as suas necessidades. Se de início essas necessidades são corporais, ao longo do desenvolvimento transformam-se em necessidades do ego, à medida que a elaboração imaginativa das experiências físicas dá origem à psique (Winnicott, 1956/2000).

Ao ter suas necessidades atendidas o bebê integra suas experiências somáticas ao *self*, ao mesmo tempo em que desenvolve uma psique e a capacidade de se sentir vivo e real. Granato (2002) resume as conquistas que caracterizam o desenvolvimento emocional primitivo, segundo a visão winnicottiana:

1. Integração: Do estado de não-integração inicial o *self* tende à integração, mas alcançará o *status* de unidade cujas partes apresentem inter-relação e coesão somente num

ambiente de holding, a partir do qual se processará a formação do eu. Desintegração como defesa e como ansiedade tornam-se ameaças, dada uma integração falha.

2. Personalização: Estabelece-se o conluio psicossomático e o corpo se estabelece como morada do *self*, sentimo-nos nós mesmos, pois psique e soma amalgamados desenvolvem-se em uníssono. Distúrbios como a despersonalização e as doenças psicossomáticas têm origem na época dos primeiros cuidados físicos com um bebê.

3. Realização: Inaugura-se a possibilidade de contato e aceitação da realidade externa como algo que não pertence ao eu, mas que se relaciona com ele. Ao invés do isolamento produz-se a troca, a interação sem que se deixe de levar em conta qualquer um dos extremos: externo ou interno. São extremos que se encontram afastados no início, mas que se tocam sempre que a experiência de ilusão oferecida pela mãe tem lugar (Granato, 2002, pp. 28-29).

Entretanto, Winnicott (1965/2000) adverte que essa dedicação materna que permite tais conquistas no desenvolvimento emocional do bebê só são possíveis quando o ambiente permite, liberando a mulher de outras preocupações, além de seu bebê. Desse modo é inegável a importância do ambiente que cerca a mãe, em termos do suporte que ela recebe do pai ou da família mais ampla, situação que facilitará o estabelecimento da preocupação materna primária. Winnicott (1965/2000) afirma que os cuidados emocionais oferecidos pela mãe, à medida que o bebê se desenvolve e cresce, também são oferecidos pelo pai e assim por toda a família ou até mesmo amigos próximos, como padrinhos. Para o autor, é natural que os círculos em que a criança vive se ampliem até a vida adulta e estes proporcionem cuidado que para o indivíduo “identificam-se ao colo, aos braços e aos cuidados da mãe” (Winnicott, 1965/2005, p. 131).

Para Winnicott (1965/2005) a família contribui para a maturidade emocional do indivíduo, dando-lhe a oportunidade de voltar a ser dependente a qualquer momento, e permitindo-

lhe trocar os pais pela família mais ampla e sair em direção ao círculo social imediato. A família, principalmente em momentos de crise, deve ser capaz de proporcionar a continuidade à “dependência inconsciente” (Winnicott, 1965/2005, p.137) vivida pela pessoa na relação com os pais quando criança, oferecendo um cuidado similar ao da mãe à seu bebê no período de dependência, que irá permitir a formação de um adulto maduro que se identifique com agrupamentos ou instituições sociais, sem perder o sentido de continuidade pessoal e nem sacrificar em demasia seus impulsos espontâneos.

Porém, é necessário enfatizar que as proposições de Winnicott baseiam-se em uma estrutura familiar distinta das famílias brasileiras de baixa renda, abordadas neste estudo, cujos relacionamentos familiares são muitas vezes estabelecidos de modo precário e desestruturado, não se constituindo como suporte emocional para seus membros. Além disso o autor propõe que

Ainda no fim da gestação, a mulher que se encontra assistida por seu companheiro, pela Previdência Social, ou ambos, está preparada para esta experiência na qual ela saberá quais são as necessidades de seu bebê. Este estado permite a mãe identificar-se com seu bebê de tal modo que a vivência de ambos é em grande parte de que ela é o bebê e o bebê é ela, podendo assim a necessidade do bebê ser reconhecida e atendida (Winnicott, 1949/2000, p.4).

Concordamos que o acolhimento familiar e social que a mãe recebe pode facilitar o estabelecimento da preocupação materna como processo facilitador do desenvolvimento emocional do bebê. Porém as particularidades da realidade brasileira em termos de assistência social, usualmente nula ou precária, tem impossibilitado o acolhimento necessário, o que dificulta que mulheres em situação de vulnerabilidade social vivenciem a preocupação materna primária.

Em situações como essas, um trabalho clínico afinado com as necessidades da mãe e da criança pode ser benéfico, no sentido de facilitar tanto o estabelecimento quanto a recuperação do estado de preocupação materna primária, fortalecendo a mãe para que ela reestabeleça sua autoconfiança e possa reconhecer as suas necessidades e as de seu bebê, evitando ou atenuando a ocorrência de quadros psicopatológicos. No entanto, devemos salientar que os benefícios advindos de um atendimento psicológico sempre estarão limitados por contextos sociais de privação de necessidades básicas do ser humano.

Além disso, concordamos que o contexto social ao qual Winnicott estava inserido quando formulou tais proposições, bem como as tarefas de uma mãe suficientemente boa, são diferentes do contexto e possibilidades que as participantes desta pesquisa enfrentam. Dessa maneira, é necessário apresentarmos as participantes bem como seu contexto, o que será feito na seção Estratégias Metodológicas, para então fazermos uma discussão sob a perspectiva da mãe suficientemente boa em situação de vulnerabilidade social, o que será realizado ao final desse trabalho.

O imaginário coletivo sobre a maternidade

A partir do pressuposto de que a maternidade é uma construção social e que o estabelecimento da preocupação materna primária nem sempre é possível em situações de vulnerabilidade, completaremos a delimitação do nosso campo de estudo com a abordagem do imaginário coletivo sobre a maternidade. Pesquisas sobre o imaginário têm como objetivo compreender o “conjunto de produções ideofetivas coletivas que se

constituem como condutas” (Ambrosio, p. 32, 2013) que se manifestam concretamente em diferentes contextos sociais.

Inspiradas pelo conceito de conduta de Bleger (1963) e campo de Herrmann (2011), Aiello-Vaisberg e Machado (2008) afirmam que as condutas podem ser tomadas como “manifestação de natureza fundamentalmente vincular e coexistencial que pode ser apreendida em campos de toda e qualquer manifestação, simbólica, corporal ou de ação sobre o mundo, considerada a partir do indivíduo, do grupo ou da instituição”.

Belinsky (2007) afirma que o imaginário possui uma dimensão fluida cujas produções devem ser consideradas em relação a um contexto histórico e cultural, em um movimento transitivo, seja no plano individual ou coletivo. Dessa forma podemos compreender os sentidos afetivo-emocionais produzidos e a expressão destes sentidos no plano real como uma das facetas desse imaginário.

O imaginário quando tomado como substantivo refere-se tanto às atividades da imaginação quanto aos seus produtos. Giust-Desprairies (2002) sublinha que o imaginário deve ser considerado como “um sítio, um lugar, um volume, um terreno, um conjunto de onde procederiam as estruturas e os conteúdos encenados pela imaginação” (p. 181).

O imaginário coletivo é um sistema de interpretações destinado a produzir sentido. Sentido que o grupo dá à realidade para, ao mesmo tempo, significar ele próprio na medida em que a percepção da realidade é simultaneamente uma percepção da existência (Giust-Desprairies, 2002, p. 187).

O imaginário coletivo tem sido compreendido (Avila, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2008; Russo, Couto & Aiello-Vaisberg, 2009; Pontes, Barcelos, Tachibana, & Aiello- Vaisberg,

2008) como conduta humana que se expressa por “crenças, ideias, sentimentos, pensamentos e valores – que operam tanto de modo consciente e não consciente em todas as manifestações humanas” (Ambrosio, 2013 p. 55), a partir de um contexto compartilhado.

Dessa forma, as condutas e os sentidos afetivo-emocionais podem ser apreendidos e organizados em termos de campos de sentido afetivo-emocional, tomados a partir da perspectiva de Herrmann (2011) que os define como “uma zona de produção psíquica bem definida, responsável pela imposição de regras que organizam todas as relações que aí se dão; é uma parte do psiquismo em ação, tanto do psiquismo individual, como da psique social e da cultura” (Herrmann, 2004, p. 61). Para o autor, o campo equivale ao inconsciente e o modo mais adequado de investigá-lo seria um método psicanaliticamente inspirado, ou seja, aquele que faz uso da associação livre e atenção flutuante para compreender, oferecer sentidos e apontar campos ainda não percebidos.

O imaginário coletivo a respeito da maternidade tem sido estudado (Granato, Corbett & Aiello-Vaisberg, 2011; Granato, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2011 e Granato & Aiello-Vaisberg, 2011; Granato & Aiello-Vaisberg, 2013) com o intuito de compreender como jovens, mães e profissionais vivenciam e elaboram imaginativamente a experiência da maternidade. Nestes estudos podemos observar que a experiência materna traz consigo uma pluralidade de sentidos, tais como a vivência e a reação a sentimentos de abandono, insegurança, idealizações, abandono de projetos pessoais, reconhecimento das próprias dificuldades, podendo também se configurar como oportunidade para que novos sentidos sejam tecidos (Granato, Corbett & Aiello-Vaisberg, 2011) e, conseqüentemente novas atitudes.

Granato, Tachibana e Aiello-Vaisberg (2011) apontam para imagens idealizadas da maternidade, compartilhadas por profissionais de saúde que, antes de acolher o sofrimento de suas pacientes, enquanto mães, enaltecem a figura materna e o amor incondicional, movidas pelo próprio sonho de um dia tornarem-se mães. Os encontros que poderiam se dar entre mães ambivalentes e profissionais sonhadoras ficam impossibilitados, no que se refere ao acolhimento de angústias e ao diálogo autêntico entre profissionais e pacientes, e “demonstram que a maternidade tem sido vivida na intimidade dos lares como experiência secreta e geradora de ansiedade e frustração, imagem que permanece oculta pela figura materna idealizada” (p. 86). No lugar do reconhecimento do sofrimento materno encontramos “a expectativa de que a maternidade seja vivida com entusiasmo, apesar dos percalços” (p. 86), concepções que ainda hoje alimentam o imaginário de mães, filhos e profissionais.

Ainda no campo da investigação do imaginário relacionado à maternidade, Tachibana (2006) busca compreender como mulheres que tiveram sua gestação interrompida vivenciaram esta experiência, bem como o desenvolvimento da função materna neste contexto específico de sofrimento. Um apontamento interessante ao longo de seu trabalho diz respeito à repetição do abandono vivido na infância. Há, segundo a autora, uma ideia de que mulheres que sofreram privação na infância não poderão desenvolver uma boa identificação com seu filho, tendendo a abandoná-lo, porém, a autora é categórica ao afirmar que não se pode falar em repetir as vivências em termos de determinismo psíquico e que há a possibilidade de identificação, bem como diante da maternidade a mulher ter a possibilidade de resolver antigos conflitos vividos com a própria mãe.

Em outra pesquisa, Tachibana (2011) observa como o ambiente hospitalar pode ser sustentador para a mulher, do ponto de vista emocional e reflete sobre como a maternagem que se configura em um ambiente sustentador seja ele familiar, conjugal, laboral ou hospitalar permite que a mãe sinta-se acolhida e, conseqüentemente, estabeleça um vínculo afetivo com seu bebê.

Granato e Aiello-Vaisberg (2013) ao investigarem o imaginário de estudantes frente à maternidade em situação de vulnerabilidade social afirmam que a “mãe é responsabilizada pelo destino de seu filho, ainda que a compreensibilidade de sua conduta seja situada em termos de contexto social” (p. 17).

Diante de um contexto de vulnerabilidade social, compreende-se que a maternidade possa não acontecer de forma suficientemente boa, ou que nem venha a se concretizar, como no caso de abandono do recém-nascido. Pelo estudo de Granato e Aiello-Vaisberg (2013) percebemos que existe uma compreensão do drama materno em relação à experiência de precariedade social que motive o abandono da criança, mas igualmente presentes estão o julgamento e a punição por tal conduta, trazendo à tona a responsabilização da mãe pelos cuidados do bebê com escassas referências ao pai.

Podemos ver que ainda há uma concepção da figura materna associada à dedicação incondicional ao cuidado infantil, cabendo a mãe a responsabilidade sobre o bem estar físico e mental dos filhos (Granato & Aiello-Vaisberg, 2013). Ainda que seja compreensível o drama materno agravado a situação de precariedade, os participantes deste estudo apontam como solução para tal conflito a entrega do filho à adoção, expressando um cuidado ético tanto com a mãe quanto com o bebê. Dessa forma, pode-se pensar que não seria possível ser mãe em situação de vulnerabilidade social, uma vez

que a produção destes participantes, aponta para o fato de que “fatores de ordem afetivo-emocional, social, política e econômica apresentam-se igualmente importantes na promoção e manutenção de uma relação parental sadia e responsável” (Granato & Aiello-Vaisberg, 2013, p. 32).

Diante da pluralidade de sentidos afetivo-emocionais que a maternidade suscita no imaginário das pessoas, buscamos com esta pesquisa contribuir com o tema do cuidado materno, partindo da perspectiva de quem se encontra em situação de vulnerabilidade social, dando voz a mulheres que experimentam a maternidade em um contexto de precariedade social.

OBJETIVOS

Esta pesquisa tem como objetivo investigar o imaginário coletivo sobre a mãe suficientemente boa compartilhado por um grupo de mães em situação de vulnerabilidade social.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Dentro de uma perspectiva qualitativa que visa abordar o sentido produzido por pessoas ou grupos a respeito de suas próprias vivências (Parker, 2005), investigaremos os sentidos afetivo-emocionais, construídos por mães em situação de vulnerabilidade social, sobre o que imaginam ser a mãe suficientemente boa, situando esta pesquisa na interface entre a pesquisa narrativa e a pesquisa psicanalítica, procedendo a uma composição dessas duas metodologias.

A narrativa entendida como algo fluido que “parte de uma perspectiva semântica e hermenêutica que integra, a partir de um processo e de uma perspectiva dialógica, os sujeitos com seus contextos e suas ideologias” (Favoreto & Camargo, 2011, p.474) tem sido utilizada por diferentes áreas de pesquisa (Boehs, 2000; Favoreto & Camargo, 2011; Bianco, Costa-Moura & Solberg, 2011; Bruner, 2004) com o objetivo de produzir conhecimento sobre a experiência humana.

Autores como Favoreto e Camargo (2011), argumentam que a narrativa cria a possibilidade de percebermos, vivenciarmos e julgarmos o curso de nossas vidas, conhecendo e dando sentido ao próprio mundo em que vivemos.

Para Benjamin (1936/1992), o narrar é visto como convite para que uma experiência seja vivida, e não explicada, constituindo-se como oportunidade para que novos sentidos sobre a vida sejam tecidos e novas integrações tenham lugar. Ricoeur (1999) afirma que a narrativa tem um caráter de testemunho e possui um potencial elaborativo, em termos de atribuição de sentido para a vida, indo de encontro às ideias de Bruner (2004) sobre a narrativa como interpretação e reinterpretação de nossas experiências.

Em uma perspectiva psicanalítica, o “psicanalista é um profissional que recupera a narrativa humana como meio fidedigno de acesso ao mundo pessoal, revelando-se poderoso recurso na produção de conhecimento sobre a experiência afetivo-emocional” (Granato, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2011, p. 160).

Considerando o fenômeno humano enquanto experiência emocional, que apresenta características específicas, e manifesta-se como conduta (Bleger, 1963), Aiello-Vaisberg (2003) apresenta como proposta de pesquisa psicanalítica a investigação dos sentidos emocionais das condutas humanas, sem desconsiderar os múltiplos contextos nos quais se inserem.

Alguns autores contemporâneos afirmam que no plano da abordagem das experiências emocionais que acompanham a maternidade, o meio acadêmico científico almeja a regularidade, a caracterização e a padronização dessa experiência, o que inclui a busca por relações causais e a obtenção de dados sobre a prevalência do fenômeno estudado (Aguar, Silveira & Dourado, 2011). Porém, ao propormos como foco o sujeito da experiência emocional, temos que concordar que o modelo científico é limitado para a abordagem de questões amplas como as experiências emocionais vividas no campo da maternidade. Além disso, Aguiar, Silveira e Dourado (2011), afirmam que em muitas pesquisas na área da maternidade ou mesmo na prática clínica encontramos mais uma preocupação em tamponar a angústia, do que dar voz a ela. Nesse sentido, propõem a psicanálise como abordagem ao sofrimento que promove a reflexão, seja na pesquisa ou na clínica.

Para Aiello-Vaisberg (2003, p. 37) a psicanálise seria portanto “um método clínico que pode, com rigor e fundamentação, gerar conhecimento sobre o humano. Este método não

se confunde em momento algum com o método positivista, porque este último não pode jamais abordar o humano enquanto tal, mas apenas se puder objetificá-lo”.

Dessa forma, na presente pesquisa abordamos o imaginário de mulheres, no que se refere à maternidade, fazendo uso de estratégias metodológicas psicanaliticamente orientadas, a fim de compreender o ser humano em seu contexto dramático.

Assim como Granato, Tachibana e Aiello-Vaisberg (2011) optamos por utilizar o referencial psicanalítico ao longo de toda a pesquisa, seja “na confecção do procedimento investigativo, em sua apresentação como convite à expressão imaginativa das participantes e, finalmente, na compressão do material produzido pelo diálogo pesquisador-pesquisa” (Granato, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2011, p. 83).

Partimos também da concepção de Herrmann (2004, p.83) sobre o método psicanalítico como “um modo de investigar a conduta humana, a partir de uma postura de abertura e receptividade do psicanalista-pesquisador que facilite a livre expressão do pesquisado”.

A proposta do uso de narrativas na pesquisa psicanalítica alinha-se com o que Aiello-Vaisberg (2004) propõe sobre procedimentos apresentativo-expressivos, “cujo aspecto lúdico teve a função de propiciar uma diminuição da angústia e facilitar a captação dos campos psicológicos subjacentes à expressão espontânea coletiva” (p. 107). O uso de um procedimento narrativo visa facilitar uma aproximação menos defensiva e mais lúdica da dramática a ser estudada, beneficiando-se da área da transicionalidade, conceito proposto por Winnicott (1951/1975) como sendo a terceira área da experiência humana, a partir da qual se estabelece o diálogo entre a realidade interna e o mundo externo.

numa investigação psicanalítica como a que propomos não poderíamos nos furtar ao desafio de criar um procedimento que fizesse jus ao potencial elaborativo do narrar e preservasse maximamente a característica dialógica do encontro humano. Assim chegamos às narrativas interativas, procedimento que privilegia a interlocução entre pesquisador e pesquisado na produção de um conhecimento que se assente sobre a dramática (Granato, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2011, p. 160).

Para investigar o imaginário de mães em situação de vulnerabilidade social a respeito da mãe suficientemente boa, optamos pelo uso de uma Narrativa Interativa (Granato & Aiello-Vaisberg, 2011) que inaugura o encontro com as participantes. A Narrativa Interativa consiste em uma história fictícia pré-elaborada pela pesquisadora para apresentar um determinado conflito emocional às participantes que, convidadas a completar a narrativa de modo livre e espontâneo, têm oportunidade de elaborar imaginativamente sua solução pessoal para o drama apresentado.

Dessa forma, “a narrativa é concebida como ponto de partida para a instauração de um campo investigativo dialógico que contemple tanto o lúdico quanto o dramático” (Granato, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2011, p. 83), ou seja, ao completarem imaginativamente a história esboçada pela pesquisadora, as participantes podem se identificar com as personagens, seu drama e “brincar” com as possíveis soluções para o conflito apresentado.

Como co-construção, a narrativa interativa veicula, já de saída, um campo de sentidos afetivo-emocionais que interroga o participante sobre sua própria experiência emocional a respeito da maternidade. Convidado a completar aquela história, cada participante é instado a elaborar a trama enunciada em direção a um desfecho, segundo sua interpretação pessoal do drama materno. Inspiradas em nossa experiência clínica,

procuramos construir uma história suficientemente verossímil que comunicasse, de maneira breve e ao mesmo tempo profunda, um conflito, vivido por uma personagem, e cujo contexto se aproximasse do cotidiano de nossas participantes (Granato, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2011, p. 83).

Como é usual em nosso grupo de pesquisa, construímos uma Narrativa Piloto a ser utilizada com um grupo de participantes, visando testar sua aplicabilidade e eficácia enquanto disparadora de conteúdos afetivo-emocionais. Nesta primeira narrativa focalizamos o conflito de uma mãe em relação à maternagem adequada, sem enfatizar o contexto de vulnerabilidade social, uma vez que todas as participantes já vivem essa situação em seu cotidiano. Apresentamos a seguir a primeira versão da Narrativa Interativa apresentada a um grupo de quatro participantes.

Narrativa Piloto

Lena e Aparecida estavam sem trabalhar há alguns meses, uma porque passou mal desde o início da gestação e a outra porque tinha perdido o emprego pouco antes de engravidar. Sem chance de voltar a trabalhar agora, passavam o dia cuidando de seus bebês, da casa e às vezes faziam uns bicos. Aparecida é mãe de primeira viagem, mas Lena já está com o segundo filho, sendo que um deles ficou com a avó na Bahia, desde que ela decidiu se mudar para São Paulo. Isso já tem três anos.

Como as duas eram vizinhas, costumavam levar seus bebês para tomar sol em uma pracinha perto de casa. Certo dia, enquanto as duas amigas conversavam, uma das crianças que ali brincava começou a chorar. Logo perceberam que era o filho de Marluce, uma das vizinhas com quem sempre encontravam por lá. Trocando olhares com a amiga, Aparecida comenta:

— Mas ele tá sempre chorando, alguma coisa deve tá acontecendo... Olha lá! O coitado quer colo e a mãe não tá nem aí.

— Ah, não sei, tá me parecendo manha. Acho que ela tá certa de não pegar no colo — responde Lena.

— Mas ele é tão pequeno, não custa nada! Ela nem tá prestando atenção nele. Tá fingindo que não é com ela.

— Olha, Cida, ele se acalmou.

E Aparecida fala:

— Ai, sabe que olhando eles assim, penso se tô fazendo certo. Fico com tanta dúvida... Quando o Lucas chora não sei se pego no colo, se deixo no carrinho, ou se ofereço o peito pra ver se ele se acalma. E o pai, ao invés de me ajudar, me deixa ainda mais em dúvida. Ele quer que eu volte a trabalhar, mas pra isso vou ter que por meu filho na mamadeira, além de arranjar alguém pra cuidar dele. Como é que eu vou tirar o peito? E dá pra sair sossegada, com outra pessoa cuidando dele?

— Sabe, minha tia sempre me dizia que pra ser mãe...

A partir da discussão com o grupo de pesquisa para avaliar a potencialidade da narrativa-piloto, percebemos que tentando evitar uma história estereotipada da classe baixa, caímos em uma narrativa que refletia o imaginário de classe média, com mães passeando na pracinha com seus bebês e seus carrinhos. O fato do grupo-piloto ter demonstrado constrangimento para completar a história, nos fez pensar sobre a possibilidade da história ser completada oralmente além de escrita e percebermos que por estar longa demais, dificultava sua compreensão, tudo isto alertou-nos para a necessidade de aprimorarmos nossa Narrativa Interativa.

Em um movimento associativo-grupal, elaboramos uma história que nos pareceu levar a leitora/ouvinte a sonhar com a maternidade:

Narrativa Interativa

Cida já havia deitado há meia hora, mas as preocupações eram tantas que ficava difícil pegar no sono. Imaginava como seria o bebê, com quem ele seria parecido, e como faria para cuidar dele, agora que estava só. Como seria o parto? E quem avisar quando as dores começassem? Lembrou do pai da criança, da paixão que viveram juntos... Será que ele vai voltar para conhecer o filho? Foi em meio a tantas dúvidas que Cida adormeceu, para acordar de madrugada depois de mais um pesadelo! No sonho não conseguia cuidar do filho, ouvia-o chorando do berço, mas não conseguia levantar da cama, fazia força mas seu corpo pesado não obedecia... Com muito esforço se arrastou até o berço, e quando foi pegar o bebê, o berço virou! Cida acordou apavorada, mas ficou aliviada ao ver que não passava de um sonho. Porém, uma dúvida ficou no ar: que tipo de mãe eu vou ser?

Assim, esta narrativa foi apresentada como a primeira parte do procedimento, sendo a história completada pelas próprias participantes, em uma folha sulfite branca, grampeada à primeira parte da Narrativa Interativa. Para que não se sentissem expostas, as histórias foram guardadas em um envelope sem que a pesquisadora pudesse identificar quem escreveu cada história. Caso a participante não se sentisse à vontade para escrever, o que consideramos como possibilidade devido a experiência com o grupo-piloto e ao pouco estudo que estas participantes têm, poderiam ditar sua história à pesquisadora, e completar oralmente.

Finda a primeira parte, as produções narrativas escritas foram guardadas e um tempo foi disponibilizado para a discussão em grupo, como convite ao compartilhamento dos sentidos afetivo-emocionais produzidos pela história. Esta segunda etapa visa oferecer um espaço de acolhimento para as participantes, por meio de uma escuta psicanalítica

focalizada em suas concepções a respeito da maternidade. Para a apresentação da Narrativa Interativa e a discussão em grupo, foi reservado um período de duas horas.

Após o encerramento do procedimento a pesquisadora dedicou-se à escrita de narrativas transferenciais (Aiello-Vaisberg, Machado, Ayouch, Caron & Beaune, 2009) como forma de registro do encontro realizado. Estas narrativas consistem em relatos diferenciados que incluem impressões e sentimentos vividos pela pesquisadora durante o procedimento, resultando em um registro associativo do encontro investigativo, a ser analisado em sua articulação com as Narrativas Interativas, apresentado na seção Narrativas sobre a mãe suficientemente boa, na página 61.

Alinhados com a Psicanálise como método de investigação dos sentidos da conduta humana, por meio do movimento dialógico que se produz entre a associação livre das participantes e a escuta psicanalítica da pesquisadora, fizemos uso da perspectiva winnicottiana para interpretar as narrativas produzidas pelas participantes, bem como as narrativas transferenciais produzida pela pesquisadora a fim de identificar concepções sobre a mãe suficientemente boa.

Esta pesquisa levou em consideração as diretrizes e normas regulamentadas pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, no que concerne a pesquisas com seres humanos e foi aprovada pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (Parecer nº 213.776, vide ANEXO). Seguindo as orientações veiculada na Resolução nº 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia, avaliamos constantemente a situação que as participantes se encontravam com o objetivo de protegê-las, seja em termos de sigilo quanto de exposição ao sofrimento. As participantes receberam e assinaram um termo de Consentimento Livre e Esclarecido (vide ANEXO) onde foram

informadas, de forma clara e precisa sobre os objetivos e a justificativa da pesquisa, garantindo o sigilo e anonimato das informações colhidas.

Apresentando as participantes e o campo da pesquisa

As colaboradoras desta pesquisa encontram-se internadas em um Alojamento Social para acompanhamento pré e pós-natal, independentemente de sua idade, número de filhos, estado civil, escolaridade ou nível socioeconômico. Sua participação na pesquisa foi voluntária, ficando excluídas as participantes adolescentes e aquelas que foram atendidas pela pesquisadora, na qualidade de psicoterapeuta, na mesma instituição.

Conhecido como Centro de Acolhida, este alojamento social está ligado à Maternidade Amparo Maternal e ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS), oferece abrigo provisório para gestantes, mães e bebês em situação de vulnerabilidade e risco social, segundo informações colhidas no site⁵ é o único centro de alta complexidade dirigido a esta população, cuja assistência começa na gravidez e estende-se às mães no período pós-parto e ao seu filho recém-nascido, propondo acompanhamento social individualizado que favorece o processo de reconstrução de suas vidas e reinserção social, familiar e comunitária.

Ainda que a proposta de assistência à gestante ou mãe seja realizada e a equipe disponibilize atenção integral a estas mulheres abrigadas, sabemos que questões institucionais podem atravessar esse processo, convertendo-se em fonte de sofrimento para as usuárias e a equipe. Por esse motivo, apresentaremos o ambiente em que foi desenvolvida a pesquisa, do ponto de vista da pesquisadora, desenvolvido ao longo de

⁵ <http://www.amparomaternal.org/monta.php?mod=oamparo&action=oamparo>, consultado em 25 de abril de 2013

sua experiência como psicóloga clínica do Centro de Atendimento, Estudo e Pesquisa em Psicanálise e Psicossomática Habitare (Centro Habitare), que presta serviço à esta instituição.

A instituição possui uma série de regras e deveres que as mulheres devem cumprir à risca para permanecer na casa onde moram sem que precisem trabalhar fora, sendo-lhes permitido sair somente um dia no final de semana, com horário pré determinado para sair e retornar. Caso não cumpram o determinado podem ser advertidas e até convidadas a se retirar da instituição. Saídas durante a semana são possíveis mediante autorização prévia para resolver questões pessoais, como documentação, benefícios, audiências ou ainda em caso de gestação de risco, em que o acompanhamento pré-natal é realizado em um hospital próximo à instituição e não na própria maternidade da instituição, como é o caso de muitas gestantes.

Muitas das atividades, como artesanato, aula de pintura, costura, música, que acontecem ao longo do dia são obrigatórias, através de um sistema de pontos suas participações são controladas. Houve época em que para cada atividade que a gestante participasse adquiria pontos que poderiam ser trocados por peças do enxoval do bebê. Porém estes pontos poderiam ser perdidos por mau comportamento, brigas, atrasos, etc. Atualmente essas atividades continuam a ser obrigatórias, porém sem a regulação pelo sistema de pontos.

A rotina é rigidamente organizada: há horário para acordar, almoçar, descansar, jantar e dormir. Os quartos acomodam cinco mulheres, havendo dois tipos de quarto: o de gestante e o de mães com seus bebês. Um sistema de rodízio é organizado pelas próprias mulheres para a limpeza e manutenção dos quartos e banheiros. Todos os

pertences de valor, tais como dinheiro, celular e documentos, permanecem sob os cuidados da administração, entretanto cada mulher possui um armário em seu quarto para guardar os demais pertences, que são trancados para evitar furtos.

Como não é permitido o uso de celular, este permanece guardado até o momento em que a mulher deixa definitivamente a instituição. Para realizar ligações, as mulheres abrigadas estão autorizadas a utilizar, na hora do almoço, um telefone público próximo à instituição. Algumas vezes as assistentes sociais realizam ligações para elas do telefone da própria instituição.

O tabagismo também é algo controlado, sendo permitido fumar três vezes ao dia na área externa da instituição. A televisão está liberada a noite ou quando associada a alguma atividade específica. Na maior parte do tempo permanecem junto a uma pedagoga realizando atividades artesanais. Há uma série de projetos que são desenvolvidos para as mulheres acolhidas tais como atendimento psicológico, curso preparatório para o parto e primeiros cuidados com o bebê, além de cursos realizados dentro e fora da instituição como costura, recepcionista, artesanato, língua portuguesa, música, etc. Muitos desses projetos são voluntários e nem sempre se sustentam ao longo do tempo.

Todo dia, todas as mulheres devem as oito horas da manhã participar da missa e depois dela as gestantes seguem para o refeitório onde auxiliam as cozinheiras separando feijão e arrumando os talheres, enquanto as mães podem voltar para o quarto para cuidar de seus bebês. Quando as mulheres se tornam mães, são liberadas de tantas obrigações dentro da instituição uma vez que elas devem se preocupar com seus bebês, porém também a tarefa materna sofre influência da rigidez institucional, sendo proibido carregar outro bebê que não o próprio filho. Este deve ficar no carrinho e somente ir ao colo no

momento da amamentação, sendo todos os cuidados com a criança responsabilidade exclusiva da mãe, que fica proibida de pedir qualquer ajuda.

Quando a assistência social entende que a mulher não possui condições para cuidar do bebê, o mesmo permanece em um berçário social. De acordo com o caso, como doença psiquiátrica ou limitação física, a mãe, assistida pela berçarista responsável pode ter acesso livre ao berçário ou controlado para momentos específicos dos cuidados com a criança, como por exemplo a amamentação, banho ou troca de fralda.

O convite para a participação nesta pesquisa foi feito a todas mulheres alojadas, com exceção das pacientes e ex-pacientes da pesquisadora, sendo agendado um horário, de comum acordo com a instituição, a qual forneceu uma sala arejada, iluminada e privativa para o procedimento. A pesquisadora se apresentou como psicóloga e pesquisadora que atua na área da maternidade, exemplificando os objetivos e procedimentos da pesquisa. Foi esclarecido que caso não desejassem participar da pesquisa ou retirar sua contribuição, bastava manifestar essa vontade, o que não acarretaria qualquer prejuízo ou constrangimento à participante.

Devido a particularidade desta população e o contexto dramático ao qual estão inseridas, foi possível ao longo dos anos de trabalho clínico, construir uma personalidade coletiva a respeito da população estudada, parecendo-nos relevante apresentar tal compreensão.

A realidade destas mulheres, tão difícil como outras populações que observamos⁶ e atendemos em outros projetos realizado pelo Centro Habitare, parece refletir as

⁶ A ONG Habitare, coordenada pela Professora Doutora Tereza Marques de Oliveira, realiza há dez anos atendimento à gestante e a dupla mãe-bebê em situação de vulnerabilidade social em comunidades como Favela Paraisópolis, Favela do Moinho, LBV – Rudge Ramos. Para saber mais, consultar o site: www.centrohabitare.org.br

dificuldades que grande parte da população brasileira enfrenta, porém agravadas. Inseridas em um contexto de precariedade de todos os âmbitos, necessitar de um alojamento para viver durante o período gravídico-puerperal parece evidenciar a intensidade das dificuldades enfrentadas em seu cotidiano.

É comum que essas mulheres, cuja idade varia entre 20 a 35 anos, já tenham outros filhos, que se encontram ou alojados em abrigos por determinação da justiça devido à precariedade e/ou falta de cuidado, ou com outros familiares, mais comumente a própria mãe da gestante ou sua sogra. É também comum, nesta população que nem todos os filhos sejam do mesmo pai havendo casos, inclusive, em que cada filho é de um pai diferente.

No início de meu trabalho, me questionava sobre o motivo pelo qual a avó aceitava cuidar de seus netos e não aceitava a própria filha em casa. Ao longo dos anos comecei a perceber que o modelo materno ao qual eu mesma me referia era muito diferente da realidade destas mulheres. A avó aceitava as crianças na medida em que eram vistas quase como vítimas das escolhas das filhas. Muitas vezes, estas avós desaprovam o relacionamento atual da filha, ou desistiram de lutar contra o abuso de drogas da filha. Agora que o relacionamento está esgarçado e falta confiança, acolher a filha em casa representa cuidar de mais um e não ter alguém para dividir o cuidado das crianças. Além disso, a situação de precariedade em que vivem, e o desemprego ou subemprego a que estão frequentemente sujeitas, não lhes permite uma contribuição financeira para a família, que as vê como um peso.

A precariedade em que estas mulheres vivem é tamanha que elas nem sempre possuem registros como CPF, identidade ou mesmo título de eleitor. Votar é algo que muitas não

sabem como, quando ou onde fazer. Ainda que no passado já tenham tirado tal documentação, muitas perderam-na quando se encontravam em situação rua, algo que é comum, quando estão envolvidas com drogas. São comuns os relatos de uso de drogas, tais como maconha ou cocaína quando se referem a uso recreativo, ou ainda o uso de crack por aquelas que apresentam maior comprometimento físico e emocional.

Mesmo nos casos, em que não há uso de drogas, em que a vida parecia transcorrer de forma minimamente organizada, mulheres que tinham uma relação estável, casa alugada trabalho e educação básica, a gravidez não planejada causa tamanho impacto que as coloca em um contexto de vulnerabilidade, sendo capaz de desfazer tudo o que vinham construindo. Assim, em meio a desagregação pessoal ou familiar, encontram como única alternativa recorrer a instituição.

Normalmente, estas mulheres que vivem uma situação mais favorável, têm maior esclarecimento sobre seus direitos e deveres, bem como maiores informações dos recursos a serem acionados para reorganizar suas vidas. O contato com a família é maior, porém ainda bastante afetado por intercorrências que as impedem de estar junto à elas. Podemos supor que há nesse grupo, um grande potencial para superar os desafios que acompanham toda gravidez.

Apresentados o procedimento, bem como o campo onde foi realizada a pesquisa, podemos seguir adiante e trazer o que foi encontrado na apresentação das Narrativas Interativas bem como nos relatos da pesquisadora sobre os encontros.

**NARRATIVAS SOBRE A MÃE SUFICIENTEMENTE
BOA**

O material desta pesquisa foi produzido ao longo de três encontros, totalizando 15 narrativas de mães e gestantes. As participantes se dividiram em três grupos, o primeiro grupo, tomado como grupo-piloto, foi realizado após o horário de descanso das abrigadas e o convite foi feito pela psicóloga responsável a todas as mulheres da casa, salvo aquelas que eram pacientes da pesquisadora. Para o segundo encontro foram convidadas somente as mulheres que se enquadravam nos critérios de inclusão da pesquisa, sendo o convite feito pela própria pesquisadora, evitando-se o horário de descanso. Para o terceiro encontro o convite partiu da psicóloga responsável da instituição. Para melhor acompanhamento do caminho seguido pela pesquisadora, apresentaremos os três grupos, identificando-os como Grupo Piloto, Grupo A e Grupo B, todas as narrativas produzidas pelas participantes são anônimas, de modo que histórias estão identificadas através de números, já as mulheres que contribuíram com a discussão foram identificadas com nomes fictícios⁷.

Do Grupo Piloto participaram quatro mães que responderam à proposta da Narrativa-Piloto, enquanto o grupo A se constituiu de sete mães, das quais duas preferiram não completar a Narrativa Interativa por escrito, participando apenas da discussão em grupo. O Grupo B foi composto por seis mães, sendo que duas preferiram completar a Narrativa Interativa oralmente, por meio de ditado à pesquisadora.

Após a apresentação de cada grupo de narrativas foi incluída a narrativa transferencial da pesquisadora sobre o encontro investigativo. Acrescentaremos ainda, antes de cada grupo de narrativas a Narrativa Interativa correspondente, a fim de facilitar a visualização

⁷ Os nomes são fictícios e aludem a mulheres importantes na história e literatura do Brasil.

do conjunto Narrativa Interativa – narrativa da participante – narrativa transferencial da pesquisadora.

Grupo Piloto

Narrativa Piloto

Lena e Aparecida estavam sem trabalhar há alguns meses, uma porque passou mal desde o início da gestação e a outra porque tinha perdido o emprego pouco antes de engravidar. Sem chance de voltar a trabalhar agora, passavam o dia cuidando de seus bebês, da casa e às vezes faziam uns bicos. Aparecida é mãe de primeira viagem, mas Lena já está com o segundo filho, sendo que um deles ficou com a avó na Bahia, desde que ela decidiu se mudar para São Paulo. Isso já tem três anos.

Como as duas eram vizinhas, costumavam levar seus bebês para tomar sol em uma pracinha perto de casa. Certo dia, enquanto as duas amigas conversavam, uma das crianças que ali brincava começou a chorar. Logo perceberam que era o filho de Marluce, uma das vizinhas com quem sempre encontravam por lá. Trocando olhares com a amiga, Aparecida comenta:

— Mas ele tá sempre chorando, alguma coisa deve tá acontecendo... Olha lá! O coitado quer colo e a mãe não tá nem aí.

— Ah, não sei, tá me parecendo manha. Acho que ela tá certa de não pegar no colo — responde Lena.

— Mas ele é tão pequeno, não custa nada! Ela nem tá prestando atenção nele. Tá fingindo que não é com ela.

— Olha, Cida, ele se acalmou.

E Aparecida fala:

— Ai, sabe que olhando eles assim, penso se tô fazendo certo. Fico com tanta dúvida... Quando o Lucas chora não sei se pego no colo, se deixo no carrinho, ou se ofereço o peito pra ver se ele se acalma. E o pai, ao invés de me ajudar, me deixa ainda mais em dúvida. Ele quer que eu volte a trabalhar, mas pra isso vou ter que por meu filho na mamadeira, além de arranjar alguém pra cuidar dele. Como é que eu vou tirar o peito? E dá pra sair sossegada, com outra pessoa cuidando dele?

— Sabe, minha tia sempre me dizia que pra ser mãe...

Participante 1

Idade: 19 anos

Estado civil: Solteira

Quantidade de filhos: 1

Idade na primeira gestação: 19 anos

“sabe a hora certa de pegar no colo ou deixar no carrinho e até de dar o peito, claro que da pra ficar socegado deichado com alguém se for de confiança”

Participante 2

Idade: 30 anos

Estado civil: Solteira

Quantidade de filhos: 2

Idade na primeira gestação: 16 anos

“é aquela que presta sempre atenção nas manhas do bebe! Porque as vezes um chorinho não sempre é manha. pode ser cólica que incomoda, e uma boa mãe sabe cada choro do seu bb ”

Participante 3*Idade: Não informou**Estado civil: Solteira**Quantidade de filhos: 4**Idade na primeira gestação: 13 anos**“é melho do que deixa alguém cuidando, mais ser for preciso trabalha vou trabalha para cuida do meu filho e da do bom e do melho”***Participante 4***Idade: 21 anos**Estado civil: Solteira**Quantidade de filhos: 2**Idade na primeira gestação: 15 anos**“gostaria de cuida do seu filho e da amor carinho atenção e cuidado especial que só mãe sabe”***Narrativa transferencial sobre o Encontro I**

Chegando na instituição para o horário marcado para a apresentação da pesquisa, a psicóloga responsável me avisou que nossa atividade aconteceria após o horário de descanso das conviventes - termo utilizado por ela e portanto, chamaria todas as mulheres que estavam em seus quartos descansando para participar e eu faria a triagem de quem cumpria os critérios para participação.

Desse modo, desceram ao meu encontro vinte mulheres sonolentas, que se acomodaram em cadeiras e aguardavam a minha explicação sobre a pesquisa. Era nítido que muitas delas não gostariam de estar ali presente, de modo que eu, nervosa em explicar o que aconteceria, avisei que sua participação era voluntária e que as que já haviam sido minhas pacientes não poderiam participar. Estas pareceram felizes em não precisar participar e, diante da cara de insatisfação de algumas, avisei que quem não quisesse participar poderia se retirar da sala, momento em que muitas se levantaram apresentando suas desculpas por não quererem participar, restando apenas quatro na sala.

O grupo piloto constituiu-se portanto de quatro mulheres, duas estavam com seus bebês, Maria e Penha e duas grávidas, Carmem e Isabel. Maria, que tinha seu bebê presente era primigesta.

Apresentei a pesquisa, assim como o termo de consentimento livre e esclarecido e juntamente lemos a história, pedi que cada uma completasse do jeito que quisesse, lembrando que não precisavam se preocupar com respostas certas ou erradas e tampouco com a gramática. Disse que ao final da história teríamos um tempo disponível para uma conversa sobre o assunto.

Conforme fui lendo em voz alta a história me dei conta o quanto estava longa, conforme acompanhava o grupo com os olhos durante a leitura, tive a sensação de que seu tamanho interferia na apreensão dos detalhes bem como em sua compreensão. Não demorou muito para que todas respondessem. Tive a impressão de que estavam incomodadas com a escrita, pois rapidamente concluíram a tarefa e enquanto colocava as respostas no envelope pude ver rapidamente que não havia história, somente uma resposta breve à pergunta da personagem. Além disso, conforme escreviam, resmungavam sobre o fato de ter que escrever, reclamando bem baixinho entre elas.

Assim que guardamos todas as histórias, perguntei como havia sido completar a história e todas concordaram que foi fácil. Carmem disse que não foi difícil pois uma mãe não tem dúvidas como as personagens. Esta moça, desde o início de nosso encontro parecia impaciente, levantava e sentava na cadeira e quando me respondeu foi direta e até um pouco ríspida. Ao longo do encontro pude compreender que o procedimento parece ter causado incômodo e que ela também estava apreensiva, pois tinha uma consulta marcada e não queria perder o horário, de modo que assim que isso foi comunicado me comprometi a cuidar do horário para que ela não perdesse sua consulta.

Maria, a mãe de primeira viagem discordou sobre o que foi dito sobre a mãe não ter dúvidas, disse que a mãe tem muitas dúvidas, mas à medida que o tempo passa vai diminuindo. Atualmente sente que tem mais dúvidas, relativas a alguns cuidados específicos com sua filha, como limpar o nariz ou o ouvido, o que resolveu pedindo auxílio as mães mais experientes, apontando para a outra mãe presente que tinha consigo seu filho. Isabel, a outra gestante que ainda não tinha falado nada, entrou na conversa e disse que a mãe pode ter dúvidas, mas que logo passa a conhecer seu filho e reconhecer e diferenciar os choros, as manhas, o que é dor e o que são outras coisas. Maria diz que no início tudo é dor, e que ela ficava angustiada, mas que aos poucos vai reconhecendo. Hoje já consegue diferenciar um choro de manha de um de dor ou fome.

Digo a ela que me parece que ela e seu bebê estão se conhecendo, que ela ainda tem inseguranças, mas que tem encontrado maneiras de cuidar disso, ouvindo o conselho das outras mães ou até mesmo pedindo ajuda. Pergunto como foi a gravidez, ela disse que não planejou, mas desejava, talvez não para agora. Carmem já está um pouco mais tranquila, mas interrompe dizendo que as pessoas de classe baixa “não planejam, desejam e muito até, mas planejar não tem como” (sic). Peço para ela falar mais sobre isso e ela explica que com salários tão baixos como por exemplo uma mulher ganhando 700 reais e o homem 600, não é possível planejar, se tem que pagar aluguel, comida e outras coisas. Pontuo que talvez não seja possível fazer tantos planejamentos financeiros, mas como ela teve filhos e está em sua terceira gravidez, digo que fiquei curiosa para saber como foi a chegada do primeiro filho e também as outras gestações. Ela conta que sua primeira filha não foi planejada, mas muito desejada, cuidou, amamentou, mas logo teve que passar para mamadeira pois tinha que trabalhar. Falou sobre a recomendação médica de amamentar até os seis meses, mas questionou essa possibilidade, já que a licença dura quatro meses e, além disso, argumenta “não é todo

lugar que tem creche para o bebê ficar perto da mãe e continuar a ser amamentado a cada três horas” (sic). Isto me chama a atenção, pois noto que esta é uma mulher que trabalhava, tem informações de seus direitos trabalhistas, o que nem sempre é comum nesta população. Além disso, ela afirma que muitas vezes os filhos ficam em lugares distantes do trabalho, no caso de não haver vaga na creche, ou creche no trabalho, ficam em casa com alguma vizinha ou algum parente, referindo-se às dificuldades que sente de residir muito distante de onde se trabalha.

Disse também que quando se é de classe baixa nem sempre é possível seguir as recomendações dos médicos, “afinal como se vai pagar o leite em pó se é tão caro” (sic). Todas concordam e dizem que aos dois meses já introduzem o “leite de caixa”⁸, principalmente se têm que voltar ao trabalho, referindo-se aos filhos que estão fora do abrigo. Penha, que tem consigo seu bebê explica quando e como introduziu a mamadeira com o leite pasteurizado, pois não tinha dinheiro para comprar o leite em pó e precisava parar de amamentar para voltar ao trabalho. Reflete em seguida a respeito de não seguir o que o médico recomenda, tranquilizando-se ao pensar que está fazendo o melhor que pode para seu filho. Termina sua fala dizendo que com este bebê que nasceu no abrigo, também precisará trabalhar e fazer o mesmo, quando conseguir um trabalho. Pergunto com quem estão os outros filhos que elas se referem e me respondem que ficam a cargo de suas famílias.

Carmem retoma sua própria história e diz que sua segunda filha foi planejada, mas que foi difícil, como uma escolha, lembra que ficou mal quando ela nasceu, referindo-se a uma quadro de depressão, pois teve que deixar de comprar coisas para a primeira filha para comprar coisas básicas para o bebê, como fralda e leite. Sua primeira filha sofreu

⁸ Leite pasteurizado e industrializado.

muito por isso afirma que quando os filhos são pequenos dão muito trabalho, depois crescem e se viram sozinhos, referindo-se a dedicação materna frente a dependência do bebê. Eu sinto que foi muito difícil ter que escolher um dos filhos para priorizar, mas ao mesmo tempo tenho a sensação que é natural que isso ocorra e que elas sentem do mesmo modo.

Maria imagina que agora seja o momento de maior demanda de cuidados com a filha, pois quando a filha estiver mais velha conseguirá falar, agora é quase uma adivinhação, conta que os primeiros quinze dias foram os mais difíceis, queria chorar sempre que sua filha chorava. Enquanto sua filha mamava ela se deu conta que a filha também usava seu peito como chupeta, “não está sugando o leite” (sic), Carmen confirma lembrando que o mesmo ocorria com sua irmã, o bebê acordava e “queria ficar no peito a noite toda” (sic), no dia seguinte, era aquele sofrimento, pois a mãe saía ainda de madrugada para trabalhar cansada, além do bebê e a pessoa que cuidava dele sofrerem com tanto choro. Além disso, conta que o “peito ficava o dia inteiro enchendo e logo começou a empedrar e a parar de produzir leite” (sic), precisando fazer uso de mamadeira.

Pergunto como elas se sentem ouvindo tantas recomendações e nem sempre podendo segui-las, seja por dificuldade financeira, seja pela distância ou por qualquer outro motivo e investigo como lidam com isso, como por exemplo com os médicos. Isabel responde que é difícil e que os médicos muitas vezes partem do princípio de que mães de classe baixa não querem cuidar da criança ou não entendem a importância, enquanto ela pensa que “quem sabe mesmo o que é melhor é a mãe” (sic). Embora não contem tudo ao médico, quando não estão seguindo suas recomendações, Carmem afirma que contar pode ter benefícios. Ela lembra que a dificuldade financeira é o que mais atrapalha mas que o governo tem ajudado, pois participou de um curso e ganhou o leite em pó

necessário para alimentar seu bebê por vir por um ano. Além de sua filha de dois anos matriculada na creche estar recebendo mensalmente seu leite.

Maria que amamentava sua filha durante o encontro, tenta tirá-la do peito, mas o bebê chora. Ela diz que não aguenta ouvir o choro, não quer ver o bebê sofrer e oferece novamente o peito, enquanto Isabel diz que “não dá pra ir na da criança, mas parece que agora ela está de fato mamando” (sic). Isabel diz que “não dá pra ir nem na do médico nem da criança, tem que ir no seu instinto” (sic). Recorda quando teve sua primeira filha seguiu a risca os conselhos do pediatra, de hora em hora lá estava ela pronta para dar de mamar, já com a segunda filha preferiu seguir o seu ritmo, prestando atenção às necessidades da filha ampliando o intervalo entre as mamadas para três horas.

Pergunto se a insegurança é maior no primeiro filho e todas concordam: “no segundo filho você já está mais tranquila” explica Carmem, perguntando-se como será o terceiro filho, já que agora vai ser um menino. Esclarece que sabe cuidar de meninas, mas não de meninos, e por esse motivo se pergunta como vai ser, refletindo a respeito em silêncio. Conforme comparam os filhos, mostram que estão atentas às necessidades de cada filho, mas percebem que nem sempre é possível fazer o que imaginam ser ideal, seja pelo conselho do médico ou do que todos falam. Digo que a realidade se interpõe à vontade de fazer de determinada maneira e a possibilidade de realizar as vezes é diferente do que imaginamos, e percebo que elas se sentem acolhidas.

Carmem relembra a relação com a própria mãe, afirmando sentir por ela amor somente depois de seus quinze anos, “assim como um amor que os filhos devem ter por mães” (sic). Descreve a relação como era difícil, sua mãe era rígida, não queria que namorasse e costumava levá-la ao médico para confirmar se ela ainda era virgem, além de trabalhar

muito. Como seus pais haviam se separado, Carmem ficou muito na rua, “a rua cuida, ensina e nem sempre ensina coisa boa (sic)”. Lembrou de sua primeira gestação, aos 16 anos de idade quando engravidou do namorado e o pai a colocou para fora de casa dizendo que ela ia “assumir isso como uma adulta” (sic), acabou perdendo o bebê, mas pouco tempo depois engravida novamente. Me chama atenção o fato de aos 16 anos ser tratada como um adulto e como a maternidade marca também este lugar de entrada ao mundo adulto.

Ela retoma a questão da rua como moradia dos mais pobres associado à falta de apoio da família. Todas parecem concordar com a ideia de que o suporte da família ameniza a difícil realidade. Maria é filha única e sua família é pequena, mantendo poucas relações fora do espaço familiar, enquanto as demais provêm de famílias extensas com muitos tios, primos, filhos e netos. Uma das avós referidas tem 21 netos. Questionam-se sobre a possibilidade de receberem apoio se a família “é gigante e tão separada, pois cada um está num canto” (sic). Carmem, se lembra de sua primeira menstruação, quando menstruou, por medo de contar à sua mãe e pegar um absorvente dela, enrolou papel higiênico para proteger sua calcinha, relata que nesta época contava apenas com o apoio de suas primas, que estavam na escola e por isso, teve que resolver seu problema sozinha. Quando sua mãe viu o papel ensangrentado no lixo deu-lhe uma bronca.

Penha participou pouco de nossa conversa e a todo momento olhava na janela. Perguntei se não gostaria de participar, ou mesmo compartilhar conosco o que a estava incomodando. Esclareceu que esperava sua amiga vir visitá-la e que estava ansiosa, disse-lhe que entendia que era difícil se concentrar em qualquer outra coisa no momento, e as demais confirmaram que era muito difícil esperar por uma visita. Entendi que esse era o momento adequado para encerrar a entrevista. Todas foram embora, agradecendo-

me por ter ouvido suas histórias. Agendei com a responsável pela instituição uma nova data para a apresentação do procedimento a um novo grupo a fim de completar o número de participantes proposto.

Narrativas das Participantes do Grupo A

Narrativa Interativa

Cida já havia deitado há meia hora, mas as preocupações eram tantas que ficava difícil pegar no sono. Imaginava como seria o bebê, com quem ele seria parecido, e como faria para cuidar dele, agora que estava só. Como seria o parto? E quem avisar quando as dores comesçassem? Lembrou do pai da criança, da paixão que viveram juntos... Será que ele vai voltar para conhecer o filho? Foi em meio a tantas dúvidas que Cida adormeceu, para acordar de madrugada depois de mais um pesadelo! No sonho não conseguia cuidar do filho, ouvia-o chorando do berço, mas não conseguia levantar da cama, fazia força mas seu corpo pesado não obedecia... Com muito esforço se arrastou até o berço, e quando foi pegar o bebê, o berço virou! Cida acordou apavorada, mas ficou aliviada ao ver que não passava de um sonho. Porém, uma dúvida ficou no ar: que tipo de mãe eu vou ser?

Participante 5

Idade: 21 anos

Estado civil: Solteira

Quantidade de filhos: 1

Idade na primeira gestação: 19 anos

“uma mãe precavida e muito cuidadosa para justamente não acontecer aquilo que Cida havia sonhado, e sem saber se o pai se preocuparia com seu filho, ela irá já se preparando para ser pai e mãe, logo, um cuidado mais atencioso, maior”

Participante 6

Idade: 39 anos

Estado civil: Casada

Quantidade de filhos: 5

Idade na primeira gestação: 26 anos

“Acho que se continuar pensando assim será insegura demais. Mas também, se essa mãe começar a organizar todas essas perguntas e obter respostas para elas será uma mãe vitoriosa, mas tem que ter muita disposição e força de vontade”

Participante 7

Idade: 24 anos

Estado civil: Amigada

Quantidade de filhos: 2

Idade na primeira gestação: 16 anos

“E acho que vou ser uma mãe meia medrosa. Tabe eu acho que os problema da nossa vida acaba a taparado.”

Participante 8

Idade: 33 anos

Estado civil: Solteira

Quantidade de filhos: 4 (um natimorto)

Idade na primeira gestação: 18 anos

“Superprotetora. Com tanto medo do que o mundo pode fazer com seu filho. Mas, creio que ela deve se preocupar com o que ela pode proporcionar a ele no momento.”

Participante 9*Idade: 23 anos**Estado civil: Solteira**Quantidade de filhos: 2**Idade na primeira gestação: 14 anos*

“eu acho que ela esta muito preocupada com algo que não aconteceu ela pode estar se preparando ao invés de esta se preocupando muito o que ainda não aconteceu. Mesmo sem pai ela tem corpo e alma pra se preocupar e lutar como mãe e pai ao mesmo tempo.”

Participante 10*Idade: 35 anos**Estado civil: Solteira**Quantidade de filhos: 2**Idade na primeira gestação: 30 anos*

Optou por não escrever a história.

Participante 11*Idade: 35 anos**Estado civil: Solteira**Quantidade de filhos: 4**Idade na primeira gestação: -*

Optou por não escrever a história, parece não ter entendido a proposta.

Narrativa transferencial da Pesquisadora sobre o Encontro II

Diante do desconforto das participantes do grupo piloto perante a escrita optamos por oferecer ao grupo A, a possibilidade de completar a história oralmente, de forma a constituir uma única história do grupo, a qual seria anotada pela pesquisadora. Uma parte das mulheres preferiu escrever a história, enquanto duas preferiram narrar oralmente. Uma das participantes, Quitéria, disse que não sabia ler nem escrever, porém quando pedi que preenchessem os seus dados, como idade, estado civil e número de filhos, Quitéria disse que para aquilo sabia ler. Achei interessante seu argumento. Assim que encerrei a leitura, Quitéria foi logo dizendo o que pensava sobre a história, porém as participantes que escolheram escrever pediram para Quitéria aguardar alguns minutos, apesar disso Carlota não se conteve e começou a contar sua própria história. Percebi que um clima tenso se instaurava entre as participantes. Carlota começou a divagar e tive a

sensação de que era algo recorrente, pois o grupo se recusou a ouvir o que ela tinha a dizer. Realmente ela divagava sobre fatos de sua vida não tão relacionados ao tema de discussão, não conseguindo atender ao pedido do grupo para esperar por elas. Tentou ainda algumas vezes retomar o relato, falando de si, mas tive que interrompê-la dizendo que entendia que a história tinha lhe trazido lembranças, mas que aguardasse um pouco.

Quando o grupo concluiu a Narrativa Interativa, Quitéria comenta que a mãe da história é medrosa, “já está pensando em tudo o que pode dar errado” (sic). Diz que é natural que mães tenham preocupações, mas que o medo de Cida são de coisas tão distantes, fantasias e também diferentes dos medos que as participantes têm. Uma discussão acalorada se inicia. Carlota diz que tem preocupações, mas que agora estão atenuadas pela instituição pois lá não precisam se preocupar com conseguir dinheiro para comida, aluguel, etc. Quitéria discorda dizendo que não é porque estão ali que é possível deixar de lado as preocupações de contas pois afinal um dia elas terão que ir embora. Quitéria tem uma postura marcante, fala com convicção sobre o que acredita e refere uma força imensa que precisam ter. Concorde que lá as preocupações são menores, “mas não dá pra ficar sentada esperando” (sic).

Zilda retoma a questão da instituição, em tom de queixa, dizendo que embora queiram ir “ajeitando a vida” (sic) a instituição não permite. Dulce contra-argumenta dizendo que é possível, e como é única cujo bebê já nasceu, alerta as participantes para que tomem todas as providências antes do bebê nascer, pois depois tudo fica mais difícil. Zilda comenta que há muitas coisas a fazer, providenciar documentação, solicitar algum benefício, e que muitas vezes a instituição não tem dinheiro para o passe de ônibus ou metrô. Orientando que elas peçam carona, atitude que descreve como humilhante. E que

nem sempre as pessoas pensam que elas tem necessidade, que estão querendo se aproveitar.

O grupo entra em uma discussão interessante sobre a maternidade que diz respeito à necessidade versus sentimentos. Quitéria diz que a mulher na situação delas, “tem que fazer coisas para seus filhos” (sic), e não pode se deixar abalar por episódios de humilhação, dificuldade, etc. Explica que “se um ônibus não dá carona, o segundo ou o terceiro dará, não podem deixar a peteca cair e devem seguir a luta” (sic). Zilda concorda com a necessidade, mas parece entrar mais em contato com os sentimentos que a necessidade suscita reconhecendo que fica triste, desanimada, que é muito difícil. Cora parece ouvir tanto Quitéria quanto Zilda e recorda a própria história, quando teve seu filho doente e morando numa cidade fora de São Paulo, tinha que vir toda semana, ou quase todo dia visitá-lo e embora trabalhasse, não teve como continuar pagando as passagens. Pergunto o que ela fez nessa situação e ela responde que começou a pegar carona, engoliu seu orgulho e seu medo e “foi colocar o dedo no Rodoanel para pedir carona” (sic). Confessa que foi horrível, que as pessoas queriam se aproveitar, sentia medo e não sabia o que fazer, caso alguém tentasse algo, no meio de uma estrada. - Pular de um caminhão em movimento?- questionava-se sobre os seus limites.

Zilda conta que fez o mesmo com sua primeira filha que, devido à hidrocefalia, ficou internada e passou por uma série de cirurgias, motivo pelo qual ela e seu marido iam todo dia ao hospital. Eles também precisaram pegar carona em alguns momentos de necessidade.

Fico com a impressão que estas mulheres têm uma força muito grande e que diante da necessidade precisam se afastar dos sentimentos para conseguir prover o que é

necessário aos filhos. Quitéria conclui que a necessidade fala mais alto do que questões sentimentais, “tem que fazer e pronto” (sic). Acolho seu ponto de vista, dizendo que eu entendo que elas têm necessidades, mas alerta para o fato de que também têm sentimentos e que às vezes é preciso ficar triste para ter forças de retomar a empreitada.

Cora acrescenta que no caso de se ter estabilidade conjugal, financeira e familiar, as preocupações são mais leves, do que as relativas a comer, dormir, ser pai e mãe ao mesmo tempo, referindo-se à personagem Cida como quem se preocupa demais. Sinto que as preocupações da personagem Ihes parecem muito abstratas ou até mesmo uma “certa frescura”, e divido isso com elas. Zilda coloca que para ela está claro que Cida é mãe de primeira viagem, pois suas preocupações apontam para isso. E continua, dizendo que quando se tem outros filhos, se há preocupações “você procura soluções” (sic). Zilda toma o exemplo do pai da criança: Cida está preocupada se o pai volta ou não, “e é isso que ela terá que ser: pai e mãe, mas tem que trabalhar, cuidar da criança, da casa” (sic).

Tenho a impressão que os problemas pelos quais estas mulheres estão passando são tão concretos - casa, comida, abandono da família - que o sofrimento de Cida parece algo distante, como se fosse de uma ordem muito emocional à qual elas evitam entrar em contato, pois precisam se manter minimamente inteiras para cuidar de seus filhos. Dar-se conta disso tudo seria insuportável. Não há tempo para pensar na dor, somente para procurar soluções para que a dor cesse, independentemente de sua causa.

As demais participantes contribuíram com a discussão, porém sem manifestar sua opinião de modo tão marcante como as relatadas até aqui. Carlota e as demais concordaram sobre as dificuldades que elas têm enquanto mães que sofrem humilhações e precisam passar por cima dos sentimentos.

Durante toda a conversa Carlota trouxe assuntos que não diziam respeito ao que estava sendo discutido. Por isso, quando encerrei o procedimento decidi conversar individualmente com ela, para ouvir um pouco de sua história, que se apresentou confusa e dissociada. Falou de seu companheiro, que era trabalhadora, mas que um dia se envolveu com um rapaz e, por vício em sexo, perdeu tudo. Depois de compartilhar sua história achei que seria benéfico encaminhá-la para o atendimento individual. Todas as participantes foram embora, agradecendo pela oportunidade de poderem ser escutadas e compartilhar suas histórias comigo. Aproveitei para convidá-las para que participassem do meu grupo psicoterapêutico na instituição, finalizando assim o encontro.

Narrativas das participantes do Grupo B

Narrativa Interativa

Cida já havia deitado há meia hora, mas as preocupações eram tantas que ficava difícil pegar no sono. Imaginava como seria o bebê, com quem ele seria parecido, e como faria para cuidar dele, agora que estava só. Como seria o parto? E quem avisar quando as dores começassem? Lembrou do pai da criança, da paixão que viveram juntos... Será que ele vai voltar para conhecer o filho? Foi em meio a tantas dúvidas que Cida adormeceu, para acordar de madrugada depois de mais um pesadelo! No sonho não conseguia cuidar do filho, ouvia-o chorando do berço, mas não conseguia levantar da cama, fazia força mas seu corpo pesado não obedecia... Com muito esforço se arrastou até o berço, e quando foi pegar o bebê, o berço virou! Cida acordou apavorada, mas ficou aliviada ao ver que não passava de um sonho. Porém, uma dúvida ficou no ar: que tipo de mãe eu vou ser?

Participante 12

Idade: 23 anos

Estado civil: Casada

Quantidade de filhos: 3

Idade na primeira gestação: 16 anos

“uma mãe imatura? Ou irresponsável? ou com o passar do tempo vou aprender a cuidar do meu primeiro filho? Mais ai voltei a dormi. E sonhei com um anjo chamado Gabriel e nisso ele me disse – mãe não temas acima de tua familia acima de você tem um grande pai que vai te dar forças para çobreviver. Ela perguntou quem? O anjo respondeu Jesus o Nazareno”

Participante 13

Idade: 30 anos

Estado civil: Solteira

Quantidade de filhos: 2

Idade na primeira gestação: 20 anos

“não vou sabe cuida do meu filho, sozinha abandonada o pai da criança me largo. E agora eu com essa criança sozinha”

Participante 15

Idade: 20 anos

Estado civil: Casada

Quantidade de filhos: 2

Idade na primeira gestação: 16 anos

“vou ser o tipo de mãe que a inves de eu pensa no pai da criança irei pensa no bebê e lembra que quem precisa de mim é a criança e afinal de contas ele me abandono e eu então nesse momento decidi que a segurança da criança é o que importa e as duvidas com o passar do tempo esquecerei com todos esses problemas”

Participante 14

Idade: 29 anos

Estado civil: Amigada

Quantidade de filhos: 1

Idade na primeira gestação: 22 anos

“Cida pensou alto demais, ela teve um sonho e pensou tanto no marido que teve um pesadelo, não era tudo verdade, deu graças a Deus que não aconteceu nada com o filho dela. Ela abandonou ela e ela se dedicou por ele. não quis saber dela, nem do filho”

* História ditada pela participante

Participante 16*Idade: 26 anos**Estado civil: Amigada**Quantidade de filhos: 3**Idade na primeira gestação: 20 anos*

“o pai disse que não era dele e que ia esperar nascer para ver se era parecido com ele. A primeira coisa que fez quando nasceu, estava bêbado tentando entrar no hospital e foi para casa. Eu fui pra casa e ele soube que estava lá e viu que era parecido com ele, ai ele não registrou a criança e a assistencia social falou pra fazer DNA ele foi no forum registrar, ficou na duvida e depois vou de novo na casa e não registrou. Veio para SP e não registrou e sempre voltava com duvida. Com 5 anos ele ia voltar para buscar mas a avó não deixou. Hoje ele tem seis anos e ele fala que o filho é dele. Esse que ela está esperando é do mesmo pai.

** História ditada pela participante*

Participante 17*Idade: 21 anos**Estado civil: Casada**Quantidade de filhos: 3**Idade na primeira gestação: 14 anos*

“Ela se encontrou em desespero mas, foi um sonho ruim, quando acordou sentio alivio dentro do peito e agradeceu a Deus, ela vai ser uma boa mãe pois já se encontra preocupada com a segurança da criança pode não ter pai mais tem uma boa mãe, e a familia da mãe pode ajudar a cuida da criança e ela vê que não deve perder a esperança”

Narrativa transferencial da pesquisadora sobre o Encontro III

As participantes chegaram à sala reservada para a pesquisa convidadas pela psicóloga da instituição. Pedi que se apresentassem conforme escolhiam um lugar para se sentar e Isaura disse que não havia gostado. Perguntei sobre o motivo e ela disse que estava no “momento da beleza” (sic) e fora interrompida, quando pude ver que metade de seu cabelo estava alisado e outra metade despenteada. Agradeço sua colaboração mas coloco a possibilidade de retomar ao que estava fazendo, pois compreendi seu constrangimento. Embora tenha decidido ficar, senti que ela estava incomodada durante todo o procedimento, reclamando de ter que esperar o restante do grupo.

Assim que me apresentei, expliquei os objetivos e procedimentos da pesquisa, Clarice disse que não sabia ler. Mostrei que havia diferentes maneiras de completarmos a história, apresentando as opções. Todas as participantes decidiram escrever, com

exceção de Clarice que concordou em ditar a história. Imagino que parte de sua dificuldade com a leitura tem a ver com o fato dela ter algum comprometimento da visão, além de ser estrábica, um de seus olhos é opaco, dando-me a impressão de que não enxerga com este olho. Assim que terminei de anotar sua história, Chiquinha pediu que eu a ajudasse e começou a ditar a sua própria história, contando como foi com o seu primeiro filho.

Achei interessante que diante da oportunidade de ser ouvida Chiquinha abandonou a ideia de escrever e preferiu falar sobre o que lhe acontecera em detalhes, retomando sua história desde o início, enquanto eu anotava. Só parou de contar quando o grupo a interrompeu, solicitando que passássemos para a discussão. Chiquinha concordou e logo começou a conversa com o grupo.

Pude logo perceber que o grupo compartilhava algo em comum além da gravidez e maternidade – o uso de drogas, sugerido pelo modo anestesiado e desorganizado com que falam e se movimentam, além de ser possível ver na pele os estragos do crack, seja pelo inchaço, pelas manchas ou a textura da própria pele.

Elas levaram mais tempo do que imaginei para completar a história. Zuzu foi a última a terminar a tarefa, e o grupo já se impacientava com a demora, querendo iniciar a conversa. Assim que ela terminou de escrever, pediu para ler em voz alta, retomando a primeira parte da história antes de completar (história de número 12). A partir da história de Zuzu, refletimos sobre a hipótese de Cida ser ou não mãe de primeira viagem. Zuzu reconhece que essas preocupações são de quem tem um filho pela primeira vez, e acrescenta que na hora que você descobre que está grávida “você pensa, ‘ferrou’, onde vai dormir, comer, morar, e minha mãe o que vai pensar” (sic). Tarsila discorda dizendo,

que até hoje, no quarto filho, tem dúvidas sobre como seu filho vai ser, com quem será parecido, como vai ser cuidar dele, que isso não muda com o número de gestações. Compreendo, a partir do que me dizem, que existem preocupações talvez maiores quando se tem o primeiro filho, relacionadas a uma responsabilidade que antes não possuíam em termos de cuidar do outro e mesmo um cuidar de si.

Zuzu conta que por ter sido mãe adolescente diz que foi muito difícil receber e dar a notícia. Ela que tem quatro filhos fez uma pequena interpretação sobre a surpresa ao receber a notícia do primeiro, segundo, terceiro, ou quarto como se fosse ficando cada vez mais distante o elemento surpresa, não quanto a saber que está grávida, mas já saber quais são as “preocupações que vêm junto com o bebê” (sic), preocupações concretas de onde dormir, o que comer, como incluir mais uma pessoa na família, quando na maioria dos casos o pai está ausente.

Tarsila discorda sobre esta questão, dizendo que sempre se preocupou da mesma forma com seus quatro filhos. Argumenta que única razão para deixar de se preocupar com eles era quando abusava das drogas. Para então narrar a sua história, como chegou ao Amparo e de como estava desesperada com a possibilidade de ter seu filho na cadeia. Estava desesperada, “com muito medo, medo de morrer, medo de ficar só” (sic). Com lágrimas nos olhos, conta que rezava todo dia para que não ficasse sozinha; ouvia histórias de outras mulheres que tiveram seus bebês no presídio, bem como os gritos das presidiárias que entravam em trabalho de parto, e nem sempre chegavam ao hospital a tempo. Clarice, que teve sua primeira filha na cadeia, interrompe Tarsila rindo e recordando como foi seu parto: que saiu de camburão correndo para o hospital. O riso diminui à medida que entra em contato com a solidão vivida na gestação. Clarice teve a oportunidade de cuidar de sua filha na prisão por quatro meses, o que diz ter sido muito

bom afinal tinha companhia na prisão, até que chegou o momento de se separar da filha e entregá-la aos cuidados da família. Como a menina foi morar com a avó, Clarice pôde se reaproximar da filha quando saiu da prisão. Hoje a filha tem sete anos.

Tarsila retoma sua história de envolvimento com as drogas, ressaltando como isso acarretou a perda dos filhos, que foram destituídos e enviados a abrigos. Depois de muitas tentativas de reabilitação sem sucesso, desistiu de visitá-los, pois sentia que lhes dava esperanças falsas. Quando o juiz percebeu a instabilidade materna propôs a entrega para a adoção, o que Tarsila concordou e assim perdeu seus filhos. Ela relembra sua luta contra o vício, lembrando que foi somente quando chegou à prisão que se deu conta do rumo que sua vida havia tomado. Dá graças a Deus por ter ficado presa e assim ter se mantido “limpa” (sic). Esta há um mês no Amparo Maternal em liberdade provisória e quando ganhar seu bebê vai para casa. Tarsila fala do alívio quando soube que não teria o bebê na prisão, o que diminuiu sua ansiedade em relação ao parto. Quando saiu da prisão para ir ao Amparo Maternal, nem quis passar em sua casa para pegar suas coisas, pois sentiu medo de que achassem que ela fugiu, o que a levaria a perder esse direito de liberdade provisória, sendo enviada de volta a cadeia. Tarsila descreve como está reestruturando sua vida buscando fazer “diferente nesta gestação” (sic).

Isaura que estava incomodada desde o início por ter sido interrompida quando cuidava do cabelo, declara que não gostaria mais de participar, que preferia ir embora pois estava com dor de cabeça. Agradei sua participação e me despedi dela.

Clarice se esforçava para se manter sentada mas parecia não encontrar posição na cadeira; levantou e perguntou se poderia andar, justificando-se pela proximidade do parto

e as contrações que já sente, nesta situação precisa achar uma posição que facilite o relaxamento e até que as dores aliviem, ela prefere andar pela sala, o que permito.

Berenice escuta atentamente os relatos das outras participantes e não parece compartilhar a realidade das drogas. A fim de incluí-la na discussão ofereço um espaço para que ela fale sobre o procedimento, perguntando-lhe sobre suas impressões. Ela refere a tarefa como difícil, embora tenha gostado da história, alegando ser uma pessoa muito reservada. Parece ter pensado em muitas coisas da própria vida, mas não quis entrar em detalhes, permanecendo calada e olhando pra baixo, na maior parte do tempo.

Zuzu, que estava ouvindo as histórias, volta-se para mim e pergunta se eu sou psicóloga. Quando confirmo ela me pergunta “o que faz uma psicóloga” (sic). Eu explico dizendo que “um psicólogo ouve, ajuda a refletir sobre os sentimentos, escuta o que é dito sem julgamento e oferece um espaço para estar junto e acompanhar a pessoa sobre o que ela quiser falar, mais ou menos o que estamos fazendo neste momento” (sic). Neste momento, Berenice me olha com ternura parece ter encontrado algo em mim, suspira profundamente e baixa os olhos. Zuzu continua sua investigação e me pergunta se um psicólogo cuida de coisas como depressão ou ansiedade, ao que respondo afirmativamente, esclarecendo sobre a diferença entre o cuidado do psicólogo e do psiquiatra. Tarsila aproveita a pergunta e conta que teve depressão durante uma de suas gestações, que esteve muito triste e preocupada. Atribui à depressão o impacto de tamanha responsabilidade, além de estar vivendo um momento difícil na família. Apesar disso, enfatiza a ajuda recebida de sua mãe recordando como esta sempre lhe deu apoio, mesmo nos tempos difíceis em que se envolvera com o crack e nem queria ser ajudada.

Zuzu também se lembra da mãe, e conta que sua família é muito grande, que sua mãe teve 26 filhos e que ao todo tem 49 netos.

Durante o encontro tenho a sensação de que estas mulheres nem sempre foram olhadas ou escutadas, e que este espaço de escuta é importante para elas, pois havia momentos em que falavam todas ao mesmo tempo, enquanto eu tentava acolher, compreender e dar voz a todas, inclusive aquelas que se mantinham em silêncio. Vejo que Tarsila poderia passar a tarde me contando de sua vida e seus problemas enquanto o grupo começa a se manifestar, dando indícios de que aquele processo chegava ao fim. Algumas participantes começam a se levantar, outras andam pela sala, sinalizando que devo encerrar o procedimento. Agradeço e convido a todas que quiserem participar do grupo terapêutico que coordeno na instituição, além de sugerir a Tarsila o acompanhamento individual.

**ENCONTRANDO CAMPOS DE SENTIDO AFETIVO-
EMOCIONAL**

Com as Narrativas Interativas e as narrativas transferenciais em mãos, tomamos tais produções como expressão de um coletivo para análise interpretativa, com o objetivo de encontrar os principais campos de sentidos afetivo-emocionais que sustentam o imaginário dessas mulheres quanto ao exercício da maternidade.

Dentro de uma perspectiva psicanalítica, as Narrativas Interativas são consideradas como associação livre das participantes, enquanto as narrativas transferenciais são tomadas como expressão da atenção flutuante da pesquisadora, conforme a regra fundamental da Psicanálise, bem como dos movimentos transferenciais e contratransferenciais que marcaram o encontro.

Os sentidos afetivo-emocionais, interpretados a partir das Narrativas Interativas em sua articulação com a narrativa transferencial da pesquisadora, foram organizados em campos e compreendidos como “zona de produção psíquica bem definida” (Herrmann, 2004, p. 61), a qual é constituída tanto pelo psiquismo individual quanto por determinações sociais e/ou culturais, segundo o próprio autor.

Ainda segundo Herrmann (2004), durante uma investigação psicanalítica, seja na clínica ou na pesquisa, uma parte da atenção do analista deve permanecer neutra “aguardando que algum broto de sentido comece a surgir” (p. 72), ou seja, ‘deixar que surja’, nas palavras do autor. Esta postura de abertura permite encontrar/criar um sentido que deve ser sustentado pelo analista que, ao ‘tomar em consideração’ o conjunto do material, possibilita sua expressão. Dessa forma, seguimos apresentando os campos organizadores dos sentidos que nossas participantes atribuíram à experiência de maternidade em contexto de vulnerabilidade social.

Maternidade e Desamparo

A partir da discussão que se seguiu à apresentação do procedimento, pudemos perceber que para uma parte dessas mulheres, a maternidade parece contribuir para a desorganização de uma vida que se sustentava sobre a fragilidade de um ambiente social e emocional. Muitos estudos psicanalíticos atuais (Lobo, 2008; Folle & Geib, 2004; Pinto et al., 2011, Reis et al., 2008) focalizam a gestação como um período importante, e ao mesmo tempo delicado, como processo de amadurecimento psíquico para a mulher. Porém, em um contexto de precariedade as novas demandas emocionais que a maternidade implica vêm potencializar uma situação já existente de desamparo, corroborando a idéia apresentada por Prati et al. (2009) sobre um fator cotidiano, como uma gravidez, tornar-se de risco ao aprofundar uma condição de vulnerabilidade.

Como afirmaram Prati et al. (2009), um evento pode potencializar ou predispor resultados e processos disfuncionais de ordem física e/ou emocional. Embora não possamos generalizar que toda gravidez em famílias de baixa renda seja desagregadora, quando consideramos o contexto social de nossas participantes, as narrativas por elas produzidas e os relatos no grupo de discussão, é possível afirmar que para algumas participantes, a gravidez tem sido experimentada como fator de risco. Como exemplo, temos o trecho da história de número 7 em que diz que “todos os problemas de nossa vida acabam atrapalhando” fazendo referência à interferência de suas dificuldades cotidianas na experiência da gravidez, que passa a ser vivida como disruptiva.

Na história de número 17, a personagem da história “se encontrou em desespero” e a impressão compartilhada pelas participantes tanto do Grupo Piloto, quanto dos grupos A

e B, parecem concordar quanto ao fato da difícil realidade poder ser amenizada pelo apoio de familiares. Não há como negar que as dificuldades que estas mulheres vivenciam, seja na vida concreta ou emocional, são potencializadas por uma gravidez que, ao se dar em um contexto de fragilidade, evidencia a carência de uma rede de apoio social e familiar. Apesar da escassez de recursos financeiros e emocionais, essas mulheres parecem encontrar na instituição em que estão temporariamente abrigadas um modo mais efetivo de receber o cuidado que necessitam para enfrentar mais este desafio.

Além disso, a vivência de desamparo abre para um questionamento a respeito dos vínculos que sustentam um ambiente emocional para estas mulheres, o que vai de encontro às ideias de Winnicott (1965/2005) sobre a importância da família ou outros laços desenvolvidos junto à comunidade que funcionem como uma extensão do colo da mãe. Diante desse quadro, pode ser um alívio encontrar um “mãe-instituição” que cuide de mulheres que se deparam com a solidão de não ter ninguém disponível na família para abrigá-las. Tanto o material narrativo quanto a experiência clínica da pesquisadora sugerem um ambiente, em termos winnicottianos, insuficiente para sustentar estas mulheres que pela própria gestação, são lançadas a uma experiência de dependência e vulnerabilidade emocional.

Winnicott (1965/2005) descreve a importância do adulto poder voltar a ser dependente sempre que precisar da família, mas neste contexto de desamparo em que a própria família da gestante vive, o que a família pode oferecer é a busca pela instituição que irá substituí-la como uma extensão do cuidado familiar. De outro lado, sabemos que a maioria das mulheres procura a instituição por si mesma, o que mostra a condição de abandono em que esta mulher chega à instituição. Aqui o trabalho da assistência social e

da psicologia se tornam fundamentais no reestabelecimento dos vínculos familiares e sociais, bem como no acolhimento das necessidades emocionais dessas mulheres.

Mesmo na experiência de solidão e desamparo, encontramos recursos nesse grupo de mulheres, sendo um deles a possibilidade que se identifiquem com agrupamentos ou instituições sociais sem perder o sentido de continuidade pessoal, ou seja, sem sacrificar em demasia seus impulsos espontâneos (Winnicott, 1965/2005). Ao longo da experiência clínica da pesquisadora foi possível observar, em alguns casos, o estabelecimento de laços afetivos entre essas mulheres, que passam a formar uma “família” estabelecendo relações solidárias para lidar com a dupla tarefa de ter um bebê para cuidar e necessitar trabalhar para o próprio sustento. Uma das saídas criativas que pudemos observar é quando duas ou mais mulheres alugam uma mesma casa, dividindo seus custos e se revezando nos cuidados com os bebês, para que todas possam trabalhar.

Entretanto, há casos em que podemos observar que a continuidade de ser (Winnicott, 1965/2005) é inúmeras vezes interrompida, a ponto de prejudicar o estabelecimento de vínculos duradouros com a família, amigos ou companheiro. Acreditamos que nesses casos, a privação foi tanta que o estabelecimento de um funcionamento anti-social (Winnicott, 1956b/2000) é o que restou como modo de ser, ou sobreviver. Não é incomum observarmos nesta instituição mulheres fazendo ameaças a todos, criando situações que poderíamos compreender como uma comunicação inconsciente que visa reaver algo que lhe foi tirado, não apenas no contexto familiar, mas em termos de uma privação social.

E agora, eu com essa criança sozinha?

Pelo fato de não poderem ficar em suas casas ou junto à família durante o período pré e pós-natal, encontramos o campo: E agora, eu com essa criança sozinha? À medida que a situação de desamparo se instala, tanto pela chegada à instituição quanto pelo abandono da família e/ou companheiro traz consigo a constatação de que estar só é um fato. Apesar desse contexto de precariedade e solidão, elas decidem levar adiante a gestação, ainda que a maternidade se anuncie como experiência solitária, como também apontam outros estudos no campo da maternidade (Granato & Aiello-Vaisberg, 2011). Outro abandono recorrente é o do companheiro, que vem sinalizar a ausência do pai. A história de número 15 nos remete a este lugar, onde o pai não consegue deixar sua marca ainda que seja via registro do nome de seu filho, tornando-se uma figura inconstante ou ausente. Winnicott (1988/2002) afirma que diante da solicitude do bebê o pai “pode não gostar da parte que lhe cabe e não é capaz de dividir com a mulher a enorme responsabilidade que um bebê deve sempre representar” (p.15). Na população estudada é comum que, diante da descoberta da gravidez, o pai abandone a mulher, enquanto em outros casos, este homem retorna ao lar, logo após o nascimento do filho, para reassumir seu lugar de pai, surpreendendo a todos.

Como exemplo do sofrimento produzido por este tipo de abandono, retiramos das narrativas de número 13 e 14 os seguintes trechos:

“abandonada, o pai da criança me largo”

“Cida pensou tanto no marido que teve um pesadelo, ela abandonou ela e se dedicou por ele, não quis saber dela nem do filho”

A solidão que essas mulheres vivem no momento da gestação nos faz pensar sobre o papel da família, como quando Winnicott (1965/2005) aponta para as necessidades emocionais da mulher sendo acolhidas pela família que oferece um colo sustentador durante momentos de crise. Supomos que isso não seja possível nestas famílias que estão mergulhadas em necessidades básicas, como casa, cama, comida e também por questões emocionais que podem ser iluminadas pela gestação. É comum a revivescência de experiências emocionais por parte da própria mãe da gestante, trazidas à tona pela gestação da filha, e que inviabilizam a oferta de ajuda da mãe para a filha, por sentir-se tão desamparada quanto esta.

Um lugar comum a todas as produções imaginativas é a experiência de estar só. Ainda que a história da pesquisadora comunique já de saída tal conflito - estratégia adotada em função da prevalência deste sofrimento - podemos interpretar que o imaginário coletivo destas mulheres foi captado pela história, pois muitas, partiram de sua própria experiência afetivo-emocional para elaborar imaginativamente a narrativa. Além disso, elas parecem ter encontrado na pesquisadora uma figura de acolhimento, pois manifestaram sincera gratidão pela oportunidade de serem ouvidas.

Percebendo essa necessidade, a pesquisadora tomou a iniciativa de convidá-las a participar futuramente do grupo terapêutico, onde poderiam narrar e dividir a história com alguém especializado e, mais que isso, ter uma companhia acolhedora durante o período gestacional. Vale ressaltar que observamos um aumento na procura pelo grupo terapêutico, principalmente pelas mulheres que colaboraram com a pesquisa, bem como

por outras mulheres do alojamento, que depois de tomarem conhecimento de que algo interessante acontecia às segundas-feiras, buscaram o grupo.

Ainda no campo da experiência solitária da maternidade vemos que o papel paterno, usualmente vago, costuma fundir-se com o materno, pelas referências das participantes à situação de que a “mãe deverá ser pai e mãe ao mesmo tempo” (sic). O genitor não parece assumir qualquer responsabilidade junto à criança o que corrobora os achados de Granato e Aiello-Vaisberg (2013), cabendo à mãe a responsabilidade pela criança.

A história de número 16 expressa o conflito do pai que hesita diante do reconhecimento do filho, situação vivida pela participante por ocasião de sua primeira gravidez. A participante se apodera da história para narrar seu próprio drama e elaborar mais uma vez a situação de impotência em que a mulher pouco pode fazer diante da recusa do pai em assumir a paternidade.

Outra história que chama a atenção é a de número 14 que relata a passagem do sonho de ter o marido próximo à situação de pesadelo em que usualmente se encontram, quando são abandonadas pelo pai de seus filhos. Ainda assim, percebemos como o ideal da família nuclear está presente, como na fala de Clarice que ditou esta história para a pesquisadora e se declara “amigada” em uma “relação estável”, valorizando tal condição.

Tachibana (2011) concorda com a posição winnicottiana sobre a importância de um ambiente sustentador para a mãe que se sente afetiva e concretamente amparada, podendo oferecer um ambiente acolhedor ao seu bebê. Considerando que a maternidade tem sido vivenciada por este grupo como solitária, é de se pensar que neste campo o

ambiente conjugal, familiar e social tem falhado em acolher as necessidades físicas e psicológicas destas mulheres.

Na linha das soluções encontradas por esse grupo para lidar com a ausência paterna, uma delas é a saída onipotente: *“mesmo sem pai ela tem corpo e alma para se preocupar e lutar como mãe e pai ao mesmo tempo”* (sic), uma vez que o ambiente se recusa a ampará-la. Esta mulher “engole o choro” (sic) e se reorganiza para esta experiência de cuidado solitário. Outra saída é desistir do investimento amoroso no companheiro, dirigindo o amor para o seu bebê: *“Irei pensa no bebê e lembra que quem precisa de mim é a criança... a segurança da criança é o que importa”* (sic)

A busca da instituição motivada por um ambiente de privação generalizada vai ao encontro das contribuições de Gomes e Pereira (2005) sobre a família popular ou de baixa renda não se constituir como um espaço de proteção aos seus membros. O esgarçamento dos laços afetivos, já comprometidos pela vulnerabilidade social, não permite à família oferecer o acolhimento físico e emocional necessário para o desenvolvimento das subjetividades.

A mãe é quem faz e pronto!

As produções do grupo A são as que melhor ilustram a capacidade materna de reconhecer as necessidades dos filhos. Neste contexto de precariedade fica evidente que as necessidades físicas tendem a ser priorizadas, em detrimento das psicológicas e que para estas mulheres ser uma mãe suficientemente boa tem mais a ver com o *handling* (Winnicott, 1949/2000), ou o manejo das necessidades corporais. No entanto, de acordo com Winnicott (1949/2000) é por meio dos cuidados básicos que a mãe expressa seu amor pelo filho. As participantes desse estudo parecem estar bastante atentas às necessidades básicas, ultrapassando os próprios limites para satisfazer seus filhos.

Winnicott (1956a/2000) descreve o estado de preocupação materna primária como o retraimento e dedicação maternos que seriam patológicos se a mãe não estivesse cuidando de um bebê. Para que a mãe consiga entrar neste estado, tanto a saúde da mãe quanto a do ambiente que a cerca são necessárias. Como isso se daria com mães em situações tão precárias quanto as das participantes deste estudo?

Ainda que elas operem dissociadamente, priorizando as necessidades de seus filhos, desconsiderando os próprios sentimentos, a preocupação materna primária parece levá-las ao encontro de uma grande força para enfrentar as adversidades. Quitéria fala da força que as mulheres precisam ter para superar os obstáculos, força que retiram da própria maternidade, concluindo que o amor pelos filhos faz uma mãe ser capaz de tudo. Já a história de número 15 faz referência à necessidade que todos temos de cuidado, porém lembra que diante do desamparo infantil, a mãe é capaz de se fortalecer, ignorando o próprio desamparo. Esta noção de que diante da precariedade humana, o

indivíduo cresce para acolher o outro é encontrada nas narrativas e nos relatos sobre a força e a preocupação maternas:

“engoliu seu orgulho, seu medo e foi colocar o dedo no Rodoanel para conseguir uma carona para ir visitar seu filho no hospital”

“preocupar-se com o que pode proporcionar para ele (o bebê) no momento”

“a necessidade fala mais alto do que questões de como se sentem, tem que fazer e pronto”

“agradeceu a Deus, ela vai ser uma boa mãe pois já se encontra preocupada com a segurança da criança, pode não ter pai mais tem uma boa mãe”

Mãe de primeira viagem

Desconsiderando as produções do grupo piloto em relação aos sentimentos da mãe primigesta, uma vez que esta condição já estava implícita em nossa própria Narrativa Interativa Piloto, para muitas das participantes a personagem Cida da segunda Narrativa Interativa, era “mãe de primeira viagem” (sic). Mesmo que tal situação não tenha sido sugerida explicitamente pela narrativa da pesquisadora.

A história de número 12 traz as dúvidas da gestante que se prepara psicologicamente para ser mãe, enquanto Zilda, a participante do Grupo A, afirma que “está claro para ela que Cida é mãe de primeira viagem” (sic), sustentando tal ideia pelo teor dos questionamentos que a personagem levanta. A primípara é vista como insegura:

“Uma mãe medrosa”(sic) ou “Superprotetora. Com tanto medo do que o mundo pode fazer com seu filho” (sic).

Os medos que afligem a personagem foram identificados pelas participantes como características da falta de experiência materna. É o que afirma Zuzu, participante do grupo B, encenando durante a conversa em grupo como a surpresa e a ansiedade vão diminuindo à medida que se vai tendo outros filhos, ponto de vista compartilhado com o grupo que acrescenta que as dúvidas são maiores quando se é mãe pela primeira vez.

No grupo-piloto, a presença de Maria, que é primípara, trouxe à tona este tema para a discussão, que confessa ter se sentido insegura nos primeiros quinze dias após o nascimento de sua filha, sentindo vontade de chorar cada vez que a filha chorava por algo

que ela ainda não era capaz de reconhecer. O grupo também parece concordar que a insegurança diminui com o tempo, à medida que a mãe reconhece o que a criança quer, sendo o período dos cuidados iniciais considerado por todas como o mais difícil.

Se há a insegurança de um lado, ela nos comunica que a ansiedade está ligada ao fato de se viver aquela experiência pela primeira vez. O que temos observado a partir da experiência clínica sobre a ansiedade na primeira gestação é que a ansiedade parece transbordar a gestante, que expressa com mais facilidade seus receios, medos e inseguranças. Enquanto as mães que já tiveram filhos possuem uma experiência concreta que as ajuda a lidar com a própria ansiedade, havendo já uma referência interna. No caso de Maria, ela relata que a própria ansiedade fez com que buscasse reconhecer e suprir as necessidades de seu bebê, provavelmente retornando sob a forma de segurança.

A insegurança que as participantes identificam na personagem são interpretadas por elas como fazendo parte da ordem do emocional e não das dificuldades concretas que enfrentam diariamente. Assim, vemos em algumas histórias referências aos sentimentos de Cida, como a história de número 17, em que Cida inicialmente em desespero pôde se acalmar e concluir que poderia ser uma boa mãe; afinal já estava preocupada com seu bebê e não perderia a esperança.

No caso de Tarsila, que já está no quarto filho, manifesta diante do grupo suas dúvidas e inseguranças em relação ao futuro bebê, como se fosse uma “mãe de primeira viagem”. Temos a impressão de que esta gestação tem a função de restaurar a possibilidade de ser mãe, algo que não aconteceu nas anteriores, quando estava envolvida com o mundo das drogas. Além disso, a insegurança pode se renovar na relação com cada bebê, independentemente de ser a primeira, segunda ou terceira gestação quando

compreendemos que uma nova relação se estabelece para que mãe e filho venham a se conhecer e desenvolver a intimidade que garante a sintonia da dupla. Há um trecho que ilustra tanto a insegurança da personagem, quanto os recursos encontrados para lidar com as dificuldades emocionais:

“Insegura demais... organizar todas essas perguntas e obter respostas para elas será uma mãe vitoriosa, mas tem que ter muita disposição e força de vontade”

**CONSIDERAÇÕES SOBRE A MÃE
SUFICIENTEMENTE BOA**

Depois da apreciação dos campos de sentido afetivo-emocional que animam narrativas e relatos, já é possível discutir o conceito de mãe suficientemente boa sendo construído por mulheres que vivem em situação de vulnerabilidade social

Quando Winnicott (1956a/2000) concebeu a ideia de mãe suficientemente boa, partiu de um contexto bastante diferente do nosso em termos da época, do lugar, bem como da estruturação familiar em torno do modelo nuclear, ou seja aquele que é composto por pai, mãe e filhos. Na Inglaterra de meados do século XX, a mulher não precisava trabalhar fora de casa, dedicando-se aos afazeres domésticos e ao cuidado dos filhos. O marido se constituía como único provedor do sustento familiar e a ele se dedicava integralmente.

Winnicott (1956a/2000) também sabia que caso a mulher não encontrasse sustentação familiar, poderia recorrer ao Estado, encontrando nos serviços de assistência social um auxílio para suas dificuldades. Não podemos dizer o mesmo das mulheres abrigadas que participaram desta pesquisa que, longe de se sentirem aliviadas, não têm outra saída além de se entregar aos cuidados de um Estado mais negligente que protetor.

Desse modo, parece-nos injusto tentar enquadrar a mulher atual, e mais especialmente a mulher em situação de vulnerabilidade social, neste modelo de mãe suficientemente boa, sem incorrer no erro de tomar uma família brasileira desfavorecida do século XXI, como se estivéssemos falando de uma família inglesa de classe média dos anos 50.

Temos observado na prática clínica nesta instituição que as mulheres desenvolvem o estado de preocupação materna primária, condição para o surgimento da mãe suficientemente boa, apesar de sua situação de precariedade generalizada. Tal condição também é retratada nas histórias criadas pelas participantes para esta pesquisa, atestando uma genuína preocupação materna na vida dessas mulheres, ainda que não tenham sido suficientemente cuidadas no passado.

A mãe suficientemente boa que emerge deste estudo, tem que lidar com uma sociedade que exige, mas não dá condições mínimas de bem estar, como por exemplo, o caso de Carmem e das integrantes do Grupo A que trouxeram para a discussão o descompasso entre as recomendações médicas sobre o melhor leite a oferecer, a impossibilidade de comprá-lo, ou mesmo quando é necessário privilegiar o cuidado de um filho em detrimento do outro, como relata Carmem que precisou dividir com sua filha de dois anos o peso da realidade.

Têm ainda que ocupar o lugar de “ignorante”, quando não podem oferecer exatamente o que diz o médico, o professor ou qualquer outro profissional que também cuida. Segundo as participantes do grupo A, para esses profissionais a mãe é quem menos sabe sobre seu próprio filho, pois como não detém o conhecimento técnico devem seguir cegamente as recomendações. No grupo de discussão, as participantes do Grupo A referiam o modo como os médicos se dirigiam à elas, como se fossem “burras” ou tivessem má vontade para cuidar dos filhos, sempre que não lhes era possível seguir suas recomendações.

Esta mãe suficientemente boa, tem que lidar com as idealizações a respeito da figura materna, tais como o aleitamento natural e exclusivo por seis meses, seguido

de leite especial, dedicação exclusiva a seu bebê durante os primeiros quatro meses, enquanto outras necessidades batem à sua porta, como o pagamento de contas, cuidado com os outros filhos, o trabalho, a moradia distante do trabalho, a falta de dinheiro, suporte social e emocional. A rotina de sair muito cedo e voltar muito tarde é ainda acrescentada a necessidade de ser mãe e pai ao mesmo tempo.

A mãe suficientemente boa em situação de precariedade social tem que lidar com o fato de estar só, desamparada na busca de recursos internos e externos para superar os obstáculos de sua condição, encontrando soluções para seus problemas concretos, o que lhes deixa pouco espaço para tratar de questões existenciais.

Estas mulheres relatam a vivência de ter que “engolir seu orgulho” (sic), seu amor próprio para providenciar o que os filhos necessitam. É uma mulher que é capaz de identificar as necessidades dos filhos, principalmente as físicas, pelas quais batalha diariamente por sua satisfação. É a mãe possível diante de tantas adversidades.

Com este estudo pudemos observar que na situação de vulnerabilidade social o imbricamento da figura materna se organiza a partir de alguns campos de sentido afetivo-emocional, sendo a maternidade vivenciada como desamparo, experiência solitária e carregada de inseguranças, especialmente quando se trata do primeiro filho. Esta experiência costuma ser marcada pela ausência de um pai e por uma mulher que necessita de força para cuidar de si mesma e de seu filho sem qualquer apoio.

É comum que esta mãe precise se distanciar de suas próprias necessidades emocionais para conseguir cuidar dos filhos. Concordamos com autores como

Fonseca (2012) e Ferrari e Kaloustian (1998) quando apontam para dados que colocam as mulheres como chefes de famílias, em famílias monoparentais que exercem seu papel materno de forma fragilizada, devido às múltiplas tarefas que devem assumir. Como exemplo, temos o trecho da história de número 17 em que se afirma que:

“a invés de pensa no pai da criança irei pensa no bebê e lembra que quem precisa de mim é a criança... nesse momento decidi que a segurança da criança é o que importa e as dúvidas com o passar do tempo esquecerei meus problemas”

Este estudo nos permite entrever a possibilidade de um cuidado materno satisfatório e o desenvolvimento de vínculos funcionais da dupla mãe-bebê, mesmo nesse ambiente social precário. Não pensamos que isto seja fácil ou simples, ou que se sustente ao longo do tempo, mas imaginamos que ser mãe em situação de vulnerabilidade social é uma tarefa complexa também do ponto de vista emocional.

A vida das participantes deste estudo difere em alguns aspectos da proposta winnicottiana no que se refere aos diferentes contextos que permitem o surgimento da mãe suficientemente boa. Quando Winnicott apresenta o ambiente que sustenta a mãe que ele tinha diante de si parece considerar a possibilidade de que as intrusões do mundo externo não interfiram na identificação das mães com seus bebês. Estando suficientemente protegidas pelo suporte familiar e social a mãe winnicottiana pode se dedicar à tarefa materna, o que também poderíamos supor como provável com as mães deste estudo, caso não fossem constantemente perturbadas pela dura realidade da pobreza, da desigualdade e do desamparo.

A experiência clínica da pesquisadora nesta instituição permite afirmar que muitas gestantes fazem uso da instituição e dos grupos terapêuticos para reorganizar a vida em termos concretos e emocionais, entrando no estado de preocupação materna primária e tornando-se mães suficientemente boas.

Um dia, quando a pesquisadora chegou à instituição encontrou uma das mães muito irritada com seu bebê, pois tinha dormido pouco naquela noite e precisava sair para procurar emprego. Tinha urgência em retomar a vida de trabalhadora para poder deixar a instituição e reaver suas outras filhas, que estavam sendo cuidadas por uma amiga. Planejava deixar seu bebê no berçário da instituição enquanto estivesse fora procurando emprego, mas diante do desconforto do bebê, não quiseram recebê-lo no berçário. Estava com tanta raiva por não poder lançar mão da ajuda institucional que confessou ter vontade de bater no bebê.

Vale ressaltar que apesar deste bebê ter na época 20 dias e sua mãe se mostrar suficientemente dedicada não há como negar a contínua interferência da realidade na relação mãe-bebê, que vem a se revestir da mesma precariedade em que está imersa. Tivemos a oportunidade de acolhê-la e legitimar seu sentimento em relação ao filho, o que parece ter ajudado a acalmar mãe e bebê para que novamente entrassem em sintonia, afastando assim a possibilidade de agressão. Sabemos que na relação mãe-bebê deve existir espaço para todo tipo de sentimentos, como a raiva⁹, mas este nos parece um caso ilustrativo dos prejuízos que a condição de

⁹ Para saber mais consulte o texto Winnicott, D. W. (2000). O ódio na contratransferência. In D. W. Winnicott, *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. (p. 406-416). Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1947)

vulnerabilidade social pode trazer para o estabelecimento de um cuidado infantil adequado.

A partir da finalização deste estudo outras questões surgiram, como por exemplo por que diante de tamanha precariedade em nenhum momento é mencionada no discurso das participantes a possibilidade de interrupção da gravidez? Ainda que tenham sido abandonadas, elas decidem levar adiante a gestação levando-nos a refletir sobre o que estaria sustentando tal postura. Seria a gestação um momento narcísico da mulher que acrescido da valorização social da maternidade, conduziria essas mulheres a um lugar de sujeito nunca antes ocupado?

Do ponto de vista do desenvolvimento emocional primitivo, as colaboradoras desta pesquisa nos desafiam ainda com o seu potencial de superação de experiências precoces e atuais de desamparo social, tornando-se capazes de reorganização interna e externa para viver o estado de preocupação materna primária, oferecendo cuidados satisfatórios aos filhos.

Se existe espaço para a preocupação materna primária para mulheres que experimentam a vulnerabilidade social, podemos pensar que a mesma dedicação materna seja responsável por retirá-las de certo contato com a realidade, resgatando uma possibilidade até então adormecida: a possibilidade de sonhar e ter esperança. Será por essa razão que seguem tendo tantos filhos? Afinal, é frequente que esse sonho se desfaça diante da realidade de precariedade, levando-nos a pensar que cada gestação acena com a possibilidade de começar de um novo lugar, um lugar mais digno, um lugar de respeito.

A gestação, o parto e o puerpério, e o consequente estado de retraimento materno parece resgatar essas mulheres, ainda que temporariamente, do sofrimento cotidiano, fazendo com que se “esqueçam” dele e voltem seus interesses ao bebê. Ter alguém que é ainda mais desamparado parece levar algumas mulheres à “saudável” negação de sua realidade em prol do cuidado de um bebê. Entretanto não podemos negar a importância do suporte ambiental que a própria instituição pode significar para as gestantes e mães abrigadas, por meio dos cuidados médicos, psicológicos e sociais, permitindo que a maternidade seja vivida de modo compartilhado, acompanhado e sustentador, de modo a que a mãe suficientemente boa possa emergir.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, D. T., Silveira, L. C. & Dourado, S. M. N. (2011). A mãe em sofrimento psíquico: objeto da ciência ou sujeito da clínica?, *Esc. Anna Nery*, 15 (03), 622-628.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2003). Da questão do método à busca do rigor: a abordagem clínica e a produção de conhecimento na pesquisa psicanalítica. *Ser e Fazer – Apresentação e Materialidade* (pp.36-43). São Paulo: IPUSP.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2004). *Ser e fazer: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana*. Aparecida, SP: Ideias e Letras.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. & Granato, T. M. M. (2006). *Ser e fazer na clínica winnicottiana da maternidade*. Aparecida, SP: Ideias e Letras.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. & Machado, M. C. L. (2008). Pesquisa psicanalítica de Imaginários Coletivos à Luz da Teoria dos Campos. In Monzani, J. Monzani, L. R. (orgs) *Olhar: Fabio Herrmann – uma viagem psicanalítica* (pp. 311-324). São Carlos: Ed. Pedro e João editores/CECH – UFSCar.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J., Machado, M. C. L., Ayouch, T., Caron, R., & Beaune, D. (2009). Les récits transférenciels comme presentation du vecú clinique: une proposition methodologique. In D. Beaune (Org), *Psychanalyse, Philosophie, Art: Dialogues* (pp 39-52). Lille: L'Hamattan.
- Almeida, L. S. (2007). Mãe, cuidadora e trabalhadora: as múltiplas identidades de mães que trabalham. *Revista do Departamento de Psicologia UFF*, 19 (2), 411-422.
- Amazonas, M. C. L. A., Damasceno, P. R., Terto, L. M. S. & Silva, R. R. (2003). Arranjos familiares de crianças das camadas populares. *Psicologia em Estudo*, 8 (num. esp.), 11-20.
- Ambrosio, F. F. (2013). *O estilo clínico 'Ser e Fazer' na investigação de benefícios clínicos de psicoterapias*. Tese de Doutorado. PUC-Campinas, Campinas.

- Ariès, P. (1981). *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: LTC - Livros Técnicos e Científicos.
- Avila, C. F., Tachibana, M. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2008). Qual é o lugar do aluno com deficiência? O imaginário coletivo de professores sobre a inclusão escolar. *Paidéia*, 18(39), 155-164.
- Badinter, E. (1980). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Badinter, E. (2011). *O conflito, a mulher e a mãe*. Rio de Janeiro: Record.
- Belinsky, J. (2007). *Lo imaginario: un estudio*. Buenos Aires: NuevaVisión.
- Benjamin, W. (1992) O narrador: reflexões sobre a obra de Nikolai Leskov. In W. Benjamin, *Sobre a técnica, linguagem e política* (pp. 27-57), Lisboa: Relógio D'Água. (Original publicado em 1936)
- Bianco, A. C. L., Costa-Moura, F. & Solberg, M. C. (2010). A psicanálise e as narrativas modernas: a transmissão em questão. *Psicologia Clínica*, 22(2), 17-25.
- Biasoli-Alves, Z. M. M. (2000). Continuidade e Rupturas no Papel da Mulher Brasileira no Século XX. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16 (3), 233-239.
- Bleger, J. (1963). *Psicologia de la conducta*. Buenos Aires: Paidós.
- Boehs, A. E. (2000). A narrativa no mundo dos que cuidam e são cuidados. *Rev. Latino-am. Enfermagem- Ribeirão Preto*, 8(3), 05-10.
- Bruner, J. (2004). Life as a narrative. *Social Research*, 71(3), 691-710.
- Favoreto, C. S. O. & Jr. Camargo, K. R. (2011). A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. *Comunicação, saúde e educação*, 15 (37), 473-483.

- Ferrari, M. & Kaloustian, S. M. (1998). Introdução. In S. M. Kaloustian. *Família Brasileira a base de tudo*. (pp.11- 15). Brasília, DF: Cortez.
- Folle, E. & Geib, L. T. C. (2004). Representações sociais das primíparas adolescentes sobre o cuidado materno ao recém-nascido. *Latino-am. Enfermagem*, 12(2), 183-190.
- Frota, L. M. (2003). Mães antes do tempo: a construção da maternidade em adolescentes de classe média. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Fonseca, C. (1989). Pais e filhos na família popular. In M. A. D'incao (org) *Amor e família no Brasil*. São Paulo: Contexto.
- Fonseca, C. (2012). Ser mãe, mulher e pobre. In M. Del Priore (org) *História das mulheres no Brasil*. (pp. 510- 553). São Paulo: Contexto.
- Freire, M. M. de L. (2009). *Mulheres, mães e médicos: discurso maternalista no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV.
- Giust-Desprairies, F. (2002). Representação e imaginário. In: J. Barus-Michel, E. Enriquez & A. Levy (Orgs.), *Dicionário de Psicossociologia*. (pp.174- 189) Lisboa: Climepsi.
- Gomes, M. A. & Pereira, M. L. D. (2005) Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Ciência e Saúde Coletiva*. 10(2), 357-363.
- Granato, T. M. M. (2000). *Tempo de gestar: Encontros terapêuticos com gestantes à luz da preocupação materna primária*. Dissertação de Mestrado, USP: São Paulo
- Granato, T. M. M. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2008). I was looking for a different treatment. *Psychoanalytic Review*, 9 (4), 655- 667.

- Granato, T. M. M. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011). Uso terapêutico de narrativas interativas com mães em situação de precariedade social. *Psico (PUCRS)*, 42(4), 494-502.
- Granato, T. M. M.; Corbett, E. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011). Narrativa Interativa e Psicanálise. *Psicologia em Estudo*, 16(1), 157-163.
- Granato, T. M. M., Tachibana, M. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011). Narrativas interativas na investigação do imaginário coletivo de enfermeiras obstétricas sobre o cuidado materno. *Psicologia e Sociedade*, 23 (n.spe), 81-89.
- Granato, T. M. M. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2013). Narrativas Interativas sobre o cuidado materno e seus sentidos afetivos-emocionais. *Psicologia Clinica (Rio de Janeiro)*, 25(1), 17-35.
- Herrmann, F. (2011). *Introdução à teoria dos campos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lynch, I. & Tiedje, L.B. (1991). Working with multiproblem families in intervention model for community health nurses. *Public Health Nurse*. 8 (3), 147-153.
- Lobo, S. (2008). As condições de surgimento da mãe suficientemente boa. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 4(42), 67-74.
- Martin, V. B. & Angelo, M. (1999) A organização familiar para o cuidado dos filhos: percepção das mães em uma comunidade de baixa renda. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto*, 7 (4), 89-95.
- Neder, G. (1998). Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In S. M. Kaloustian (orgs). *Família Brasileira a base de tudo*. (pp.26- 46). Brasília, DF: Cortez.
- Objetivos do Milênio*. (2000). Recuperado 29 de maio de 2012, de <http://www.objetivosdomilenio.org.br/mortalidade/>

- Oliveira, T. M. (2008). *Atenção Primária e Consulta Terapêutica: uma proposta de prevenção comunitária*. Tese de Doutorado, USP, São Paulo.
- Parker, I. (2005). *Qualitative Psychology: Introducing Radical Research*. New York: Open University Press.
- Pinto, R. M. F., Micheleti, F.A.B.O., Bernardes, L. M., Fernandes, J. M. P. A., Monteiro, G.V., Silva, M. L. N., Barreira, T. M. H. M., Makhoul, A. F. & Cohn, A. (2011). Condição feminina de mulheres chefes de família em situação de vulnerabilidade social. *Revista Serviço Social & Sociedade*, 105, 167-179.
- Pontes, M. L. S.; Barcelos, T. F.; Tachibana, M. & Aiello- Vaisberg, T. M. J. (2010). A gravidez precoce no imaginário coletivo de adolescentes. *Psicologia: Teoria e Prática*, 12(1), 85-96.
- Prati, L. E., Couto, M. C. P. P. & Koller, S. H. (2009). Famílias em vulnerabilidade social: rastreamento dos termos utilizados por terapeutas de famílias. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 25(3), 403-408.
- Reis, S. E. H., Bonadio, I. C., Tsunehiro, M. A. & Merigui, M. A. B. (2008). O cotidiano de mulheres grávidas moradoras no alojamento de uma maternidade social. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(3), 492-501.
- Ricoeur, P. (1999). *Historia e Narratividade*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica. (Original Publicado em 1978)
- Roudinesco, E. (2003). *A família em desordem*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Russo, R. C. T., Couto, T. H. A. M. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2009) O imaginário coletivo de estudantes de educação física sobre pessoas com deficiência. *Psicologia e Sociedade*, 21(2), 250-255.
- Stellin, R. M. R., Monteiro, C.F. A., Albuquerque, R.A. & Marques, C.M.X.C. (2011). Processos de Construção de Maternagem. *Feminilidade e Maternidade:*

Recursos Psíquicos para o exercício da maternagem em suas singularidades. *Estilos da Clínica*, 6(1), 170-185.

Tachibana, M. (2006). *Rabiscando desenhos-estórias: encontros terapêuticos com mulheres que sofreram aborto espontâneo*. Dissertação de Mestrado, PUC – Campinas, Campinas.

Tachibana, M. (2011). *Fim do mundo: o imaginário coletivo da equipe de enfermagem sobre a gestação interrompida*. Tese de Doutorado, PUC – Campinas, Campinas.

Vicente, C. M. (1998). O direito à convivência familiar e comunitária: uma política de manutenção de vínculo. In S. M. Kaloustian. *Família Brasileira a base de tudo* (pp.47-76). Brasília, DF: Cortez.

Victora, C. G., Aquino, E. M. L., Leal, M. C., Monteiro, C. A., Barros, F. C. & Szwarcwald, C. L. (2011). Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*, 377, 1863-76.

Winnicott, D.W. (1975). *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1971)

Winnicott, D. W. (1975). Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais. In *O brincar e a realidade* (pp. 13-58). Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1951)

Winnicott, D. W. (1975). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento Infantil. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 153-162). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1967)

Winnicott, D. W. (1988). O mundo em pequenas doses. In D. W. Winnicott, *A criança e seu mundo* (pp. 76-88). Rio de Janeiro: Zahar. (Original publicado em 1949)

- Winnicott, D.W. (1993). Desenvolvimento emocional primitivo. In D. W. Winnicott, *Textos selecionados da Pediatria à Psicanálise* (pp. 269-285). Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1945)
- Winnicott, D.W. (1993). A experiência mãe-bebe da mutualidade. In D. W. Winnicott, *Textos selecionados da Pediatria à Psicanálise* (pp. 195-202). Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1969)
- Winnicott, D.W. (1994). Nota sobre o relacionamento Mãe-Feto. In D.W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas*. (pp. 127-128). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado na década de 60)
- Winnicott, D. W. (1994). O Jogo do Rabisco. In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas*. (pp. 230-243). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1968)
- Winnicott, D. W. (2000). Preocupação Materna Primária. In D. W. Winnicott, *Textos Selecionados: Da Pediatria à Psicanálise* (pp. 491-498). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Original publicado em 1956a)
- Winnicott, D.W. (2000). A tendência anti-social In D. W. Winnicott, *Da Pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. (pp. 406-416). Rio de Janeiro: Imago (Original Publicado em 1956b)
- Winnicott, D. W. (2000). O ódio na contratransferencia. In. D. W. Winnicott, *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. (pp. 277-287). Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1947)
- Winnicott, D. W. (2000). Desenvolvimento Emocional Primitivo. In *Obras Escolhidas: da Pediatria à Psicanálise* (pp. 218-232). Rio de Janeiro: Francisco Alves (Original publicado em 1945)
- Winnicott, D. W. (2000). A mente e sua Relação com o Psique-Soma. In D. W. Winnicott, *Obras Escolhidas: da Pediatria à Psicanálise* (pp. 332-346). Rio de Janeiro, Francisco Alves, (Original publicado em 1949)

Winnicott, D.W. (2002). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1988)

Winnicott, D. W. (2002). A mãe dedicada comum. In D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (pp. 1-11). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1949)

Winnicott, D. W. (2002). Saber e Aprender. In D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (pp. 12-18). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1949)

Winnicott, D. W. (2005). Família e Maturidade Emocional. In. D. W. Winnicott, *A família e o desenvolvimento individual* (pp. 129-138). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1965)

ANEXOS



PUC
CAMPINAS
PONTIFÍCA UNIVERSIDADE CATÓLICA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE CAMPINAS -
PUC/ CAMPINAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A mãe suficientemente boa: imaginário de mães em situação de vulnerabilidade social

Pesquisador: Michele Carmona Aching

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10900112.1.0000.5481

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC/ CAMPINAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 213.778

Data da Relatoria: 04/03/2013

Apresentação do Projeto:

Este projeto investiga o imaginário coletivo de mães, em situação de vulnerabilidade social. O procedimento metodológico utilizado é a Procedimento Narrativa interativa e discussão. Para tanto, serão entrevistadas 10 mulheres adultas que se encontram internadas em um Alojamento Social para acompanhamento pré e pós-natal, independentemente de sua idade, número de filhos, estado civil, escolaridade ou nível socioeconômico.

Objetivo da Pesquisa:

O principal objetivo deste projeto é investigar o imaginário coletivo de mães, em situação de vulnerabilidade social, a respeito da mãe suficientemente boa, por meio do uso de uma narrativa interativa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora considera que a pesquisa utiliza procedimentos que não expõem as participantes a riscos maiores que os enfrentados em seu cotidiano, porém relata que a pesquisa será interrompida, caso seja detectado constrangimento ou sofrimento emocional. A pesquisadora se compromete a encaminhar a participante que se sentir prejudicada para os atendimentos psicológicos oferecidos pela instituição Amparo Maternal em parceria com a ONG Habitare. Os benefícios relatados pela pesquisador serão de forma indireta, via instituição, a qual deverá incluir novos procedimentos na assistências destas mulheres.

Endereço: Rodovia Dom Pedro I, Km 136

Bairro: Parque das Universidades **CEP:** 13.086-900

UF: SP **Município:** CAMPINAS

Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br



PUC
CAMPINAS
PONTIFÍCA UNIVERSIDADE CATÓLICA

PONTIFÍCA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE CAMPINAS -
PUC/ CAMPINAS



Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa contempla um tema relevante uma vez que aborda uma reflexão sobre a experiência emocional de maternidade em contextos de vulnerabilidade social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A carta de autorização foi apresentada

A Narrativa interativa e discussão foi apresentada

A folha de rosto foi assinada pela Instituição responsável.

O TCLE foi apresentado.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado

CAMPINAS, 07 de Março de 2013

Assinador por:
CARLOS ALBERTO ZANOTTI
(Coordenador)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sra. está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa “*A mãe suficientemente boa: imaginário de mulheres em situação de vulnerabilidade social*”, de responsabilidade da pesquisadora e psicóloga Michele Carmona Aching, CRP 08/82304.

A pesquisa terá duração de dois anos, com o término previsto para dezembro de 2013.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em escrever o final da história apresentada pela pesquisadora.

A Sra. não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Esta pesquisa tem como objetivo estudar como mulheres em situação de vulnerabilidade vivenciam a maternidade e como é ser mãe neste contexto. Por esta pesquisa tratar de aspectos emocionais sobre a maternidade, caso você sinta a necessidade você poderá ser encaminhada para atendimento psicológico, o mesmo encaminhamento poderá ser feito pela pesquisadora caso ela julgue necessário. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área da psicologia e melhorar os serviços de saúde oferecidos a vocês. Exemplo: (Saúde da Mulher, Saúde da Criança)

A Sra. receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Se você tiver dúvidas durante sua participação na pesquisa, ou mesmo depois dela ter se encerrado, poderá entrar em contato para esclarecê-las com a psicóloga Michele Carmona Aching, através do telefone (11) 98383-8086 ou pelo e-mail: michele.aching@gmail.com. Questões de ordem ética podem ser esclarecidas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humano da PUC-Campinas, que aprovou esta pesquisa. Endereço: Rod. Dom Pedro I, Km 136 – Pq. das Universidades-Campinas-SP – CEP: 13.086-900; telefone/fax: (19) 3343-6777; e-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br.

Eu declaro ter sido informado e compreendido a natureza e objetivo da pesquisa, motivo pelo qual concordo em participar deste estudo. Declaro ainda ser maior de 18 anos.

Nome: _____

Idade: _____ anos, R.G. _____

São Paulo, _____ de _____ de _____

Nome e assinatura do pesquisado