



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Departamento de Psicologia Clínica

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**O IMPACTO DAS TRANSFORMAÇÕES DA MATERNIDADE PARA A SAÚDE
MENTAL DA MULHER, A LUZ DA GESTALT-TERAPIA**

Mariana Correia Lacerda Carvalho

Brasília, 2022

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**O Impacto das Transformações da Maternidade para a Saúde Mental da Mulher,
a Luz da Gestalt-terapia**

Mariana Correia Lacerda Carvalho

Orientador: Prof.^a Dr.^o. Jorge Ponciano Ribeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Brasília, 2022

Universidade de Brasília – UnB

Instituto de Psicologia – IP

Departamento de Psicologia Clínica – PCL

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura – PPG-PsiCC

**O Impacto das Transformações da Maternidade para a Saúde Mental da Mulher, à Luz
da Gestalt-terapia**

Mariana Correia Lacerda Carvalho

Banca Examinadora

Prof.º Dr.º. Jorge Ponciano Ribeiro (Presidente)

PsiCC/PCL/IP/UnB

Profª Drª. Silvia Renata Magalhães Lordello (Membro Titular)

PsiCC/PCL/IP/UnB

Profª Drª. Aline Campos (Membro Externo)

IESB e IGTB

Profª. Dr.ª Sheila Giardini Murta (Suplente)

PsiCC/PCL/IP/UnB

Agradecimentos

Ao chegar até a esta dissertação de mestrado com uma pesquisa sobre saúde mental materna, registro o meu primeiro agradecimento aos meus filhos Cauã e Alice. Com eles tenho a oportunidade de experimentar o amor de mãe e vivenciar as experiências da maternidade. Obrigada meus amores pela paciência e compreensão das minhas ausências justificadas até mesmo para esta pesquisa. Obrigada meus filhos, com vocês meus dias são intensos, alegres e especiais. Com vocês me descubro ser melhor a cada dia. Amo muito vocês!

Agradeço à Maria Santíssima, mãe de Jesus, que passou à frente, iluminando minha caminhada como filha, pesquisadora, Psicóloga, esposa e mãe. É o meu grande exemplo de mulher e mãe, com sua sabedoria e paciência.

Um agradecimento mais do que especial ao meu marido Marcus Vinícius que com todo o seu amor sempre foi o meu maior incentivador da vida e deste mestrado. Sem você ao meu lado não teria conseguido chegar até aqui. Obrigada pelo apoio e suporte, obrigada por aturar meu cansaço, estresse, ansiedade e medo na minha trajetória na maternidade, como mestrande e na vida. Essa vitória é nossa!

Agradeço também a minha amiga e também Psicóloga, Dr^a. Virgínia Turra. Com seu olhar atento, cuidadoso e carinhoso me acolheu nos meus papéis como mãe, colega de trabalho, pessoa e mestrande. Obrigada de coração por toda a sua ajuda, dedicação e incentivo. Estamos juntas!

Agradeço, claro, ao meu orientador Prof.^o Dr.^o. Jorge Ponciano Ribeiro que com muita paciência me acompanhou até aqui de forma acolhedora e profissional. É uma honra ser sua orientanda de mestrado! Muito obrigada pela oportunidade! Gratidão!

Agradeço ao CAEP/IP/UnB, e aos meus colegas psicólogos por todo apoio e acolhimento na minha jornada como mestrande.

Agradeço, por fim, as participantes da pesquisa, que dedicaram um momento de suas vidas para participarem desta pesquisa. E a todas as mulheres mães que enfrentam com todos os dias os desafios e transformações da maternidade.

A todos vocês meu muito obrigada!

Lista de Figuras

Figura 1. Distribuição de idade das mães	32	Erro! Indicador não definido.
Figura 2. Idade do menor filho.	33	
Figura 3. Percepção da experiência da maternidade por fase	35	
Figura 4. Gestação: percepção da experiência.....	37	
Figura 5. Gestação: sentimentos desagradáveis	39	
Figura 6. Gestação: sentimentos agradáveis	40	
Figura 7. Gestação: apoio emocional do pai	42	
Figura 8. Gestação: rede de apoio.....	43	
Figura 9. Parto: percepção da experiência	44	
Figura 10. Parto: intensidade de sentimentos desagradáveis	45	
Figura 11. Parto: intensidade de sentimentos agradáveis	46	
Figura 12. Pós-parto imediato: percepção da experiência	49	
Figura 13. Puerpério: percepção da experiência	52	
Figura 14. Puerpério: frequência de sentimentos desagradáveis	54	
Figura 15: Puerpério: frequência de sentimentos agradáveis	54	
Figura 16. Puerpério: apoio emocional do pai	57	
Figura 17. Lactação: percepção da experiência.	58	
Figura 18. Lactação: intensidade de sentimentos desagradáveis	59	
Figura 19. Lactação: intensidade de sentimentos agradáveis	60	
Figura 20. Lactação: apoio do pai.....	62	
Figura 21. Lactação: rede de apoio	62	
Figura 22. Volta ao trabalho: percepção da experiência.....	63	
Figura 23. Volta ao trabalho: percepção do próprio desempenho	66	
Figura 24. Volta ao trabalho: apoio do pai	68	
Figura 25. Volta ao trabalho: rede de apoio.....	68	
Figura 26. Autocuidado: frequência de atividades	70	
Figura 27. Experiências cotidianas: vida social fora da casa.....	73	
Figura 28. Experiências cotidianas: fazer compras.....	75	
Figura 29. Experiências cotidianas: viagens	76	
Figura 30. Análise de similitude: pergunta 1 - O que é ser mãe?	77	
Figura 31. Nuvem de palavras: o que é ser mãe?	78	
Figura 32. Análise de similitude: Pergunta 2 - Como é para você a experiências de ser mulher e mãe?	79	
Figura 33. Nuvem de palavras: experiência de ser mulher e mãe.	80	

Sumário

Apresentação da Dissertação	7
Resumo	9
Abstract	10
Introdução	11
Maternidade	12
Saúde Mental	16
Gestação	17
Parto, Pós-Parto e Puerpério	18
Lactação e Amamentação	21
O materno e o cotidiano da mulher	23
Gestalt-terapia	26
Objetivos	30
Método	31
Resultados e Discussão	32
Considerações finais	84
Anexo I	87
Instrumento de coleta de dados	87
Anexo II	94
Parecer consubstanciado do CEP	94
Referências	99

Apresentação da Dissertação

Pesquisar sobre “O impacto das transformações na saúde mental materna, a luz da Gestalt-terapia” foi ao mesmo tempo gratificante e desafiador, tanto como pesquisadora e Gestalt-psicoterapeuta, quanto como mulher e como mãe. O cuidado com as mães sempre me chamou a atenção desde antes da graduação, e foi no curso de Psicologia que percebi o quanto as mães necessitam de maior respeito, cuidado e atenção também em relação à saúde mental. Esse olhar cuidadoso intensificou-se quando, em consultório (Psicologia Clínica), percebi o número crescente de mulheres mães em sofrimento em busca de psicoterapia. O que se somou ao que, certa vez li num comentário de uma mãe, em alguma mídia social na internet, que escreveu a seguinte frase: “Eu amo meu filho, mas odeio a maternidade”.

Os relatos crescentes dessas mulheres sobre sofrimento mental, cansaço, estresse, tantas culpas e sofrimentos, principalmente, após o nascimento de seus filhos, fizeram-me compreender ainda mais o quanto elas precisam de atenção e escuta sobre suas dores. Relacionando com a frase lida sobre odiar a maternidade, aumentou em mim o interesse em pesquisar sobre os contextos de tanto sofrimento ligado ao maternar.

Somado à experiência clínica como Gestalt-psicoterapeuta, acrescentou-se a minha própria vivência como mãe. Após o nascimento do meu primeiro filho (hoje com cinco anos), pude sentir “na pele”, no corpo e na alma, as transformações da maternidade em mim. Hoje como mãe de dois (tenho também uma filha hoje com três anos), após experimentar diariamente sentimentos e sensações como: cansaço, estresse, frustração, desespero, culpa, tristeza e ao mesmo tempo muito amor, alegria, bem-estar e realização, pude perceber o quanto a maternidade é uma vivência única, individual e desafiadora, muito diferente do que imaginava ser. Além disso, pude perceber que a algumas pessoas (não mães), por vezes, não conseguem compreender o quanto a maternidade para nós mães é uma experiência rica em dicotomias como amor e ódio, alegrias e tristezas, bem como o não entendimento do quanto ser mãe pode ser estressante, confuso, desafiador, frustrante ao invés de ser sempre lindo, maravilhoso, tranquilo e “normal” como aparentemente deveria ser.

O desgaste físico e mental relatados em consultório de Psicologia, nas mídias sociais, nas minhas relações sociais e a partir da minha própria experiência com a maternidade aumentaram meu interesse em pesquisar sobre a saúde mental materna, como forma de promoção de saúde e prevenção de agravos, pela importância do tema e por saber que, assim

como eu, muitas mulheres que são mães precisaram e precisam de espaços de escuta, atenção e compreensão sobre o impacto das transformações da maternidade para a saúde mental.

Foi interessante constatar, no decorrer do processo psicoterapêutico dessas mulheres, movimentos importantes como forma de promoção de saúde mental como: fortalecimento de seu EU, busca de ampliação de consciência sobre a maternidade saudável, desenvolvimento de ajustamentos criativos, aumento do contato com as realidades do maternar com suas expectativas, desafios e desejos, e principalmente, a mudança de visão de mundo sobre si e sobre ser mãe. Neste sentido, por considerar a relevâncias dessas mudanças promovidas, observadas e acompanhadas na clínica que a Gestalt-terapia, nesta pesquisa, foi apresentada como método de trabalho para práticas em psicoterapia voltadas à saúde mental materna, propondo formas de prevenção de agravos e promoção de saúde mental.

Cabe ressaltar minha satisfação com a pesquisa, uma vez que pude trabalhar com vários autores e outras pesquisas sobre a maternidade, suas fases e mudanças sócio-histórica e culturais, com as respostas das participantes à entrevista, e com a prática clínica a luz da Gestalt-terapia.

Uma observação final faz-se necessária sobre o período em que a pesquisa foi realizada, uma vez que no ano de 2022 ainda estamos em Pandemia/pós-Pandemia por COVID-19. De acordo com a definição da OMS, a Pandemia da COVID-19 é um surto global da doença infecciosa causada pelo vírus da síndrome respiratória aguda grave coronavírus 2 (SARS-CoV-2), declarada em 11 de março de 2020. O vírus espalha-se pela boca ou pelo nariz de uma pessoa infectada, em pequenas partículas líquidas expelidas quando elas tosem, espirram, falam, cantam ou respiram.

Sendo assim, as participantes enfrentaram os desafios e transformações da maternidade em paralelo ao momento pandêmico, com períodos de isolamento social, trabalho remoto, ensino remoto, uso de máscaras, risco e medo pelo contágio do vírus, vacinas, mortes e muitos cuidados e restrições. Considerando que a pesquisa foi desenvolvida para mães com seus filhos de até três anos de idade e a Pandemia de COVID-19 iniciou-se no ano 2020, as participantes vivenciaram algum ou todos os períodos descritos na pesquisa como gestação, parto, pós-parto, puerpério, lactação e cotidiano com o maternar, durante esse período. O exercício da maternidade enquanto enfrentávamos uma Pandemia pode ter sido, então, mais complexo para algumas mulheres.

Resumo

O tema desta pesquisa envolveu as transformações pessoais na maternidade para as mulheres. Este tema foi estudado no campo da saúde mental da mulher, à luz da Gestalt-terapia. Como problema de pesquisa, teve-se as mudanças na vida, corpo e mente da mulher ao tornar-se mãe, envolvendo a compreensão pessoal de complexas questões necessárias de acompanhamento e acolhimento. Neste sentido, o objetivo primário foi analisar as percepções das transformações no jeito de ser no mundo de mulheres com filhos de até três anos de idade. Como objetivos secundários estabeleceu-se: (a) identificar como as mães qualificam suas experiências, sentimentos, sensações e presença de rede de apoio nas situações que envolvem a maternidade, como gestação, parto, puerpério, lactação e alterações no seu cotidiano; (b) propor ações específicas de prevenção em saúde mental para as mães com filhos pequenos; (c) discutir essas alterações no modo de ser no mundo das mulheres mães tendo como base teórica a Gestalt-terapia. A pesquisa teve como opção metodológica a análise qualitativa realizada a partir de entrevistas semiestruturadas individuais com as participantes. Os dados foram analisados tendo como foco a identificação do reconhecimento de si como sujeito tomado, nessa pesquisa, como base da saúde mental das mulheres que são mães. Como resultado, o trabalho reafirmou a importância o desenvolvimento de formas produtivas de promoção e prevenção de agravos à saúde mental na maternidade, especialmente relacionado às mulheres com filhos pequenos. Essas questões complexas envolveram a experiência de ser mãe e ser mulher, qualidade de vida, manutenção do seu reconhecimento como sujeito separada de seu filho, entendendo que a existência como mãe não é sua totalidade, sendo necessário o cuidado de suas outras partes, principalmente mantendo seu EU e sua essência saudáveis.

Palavras-chaves: Maternidade; Saúde Mental; Gestalt-terapia.

Abstract

The theme of this research involved the personal transformations in motherhood for women. This topic was studied in the field of women's mental health, in the light of Gestalt-therapy. As a research problem, there were the changes in the woman's life, body and mind when she became a mother, involving the personal understanding of complex issues necessary for monitoring and reception. In this sense, the primary objective was to analyze the perceptions of changes in the way of being in the world of women with children up to three years old. As secondary objectives, it was established: (a) to identify how mothers qualify their experiences, feelings, sensations and the presence of a support network in situations involving motherhood, such as pregnancy, childbirth, puerperium, lactation and changes in their daily lives; (b) propose specific mental health prevention actions for mothers with young children; (c) discuss these changes in the way of being in the world of women mothers having Gestalt-therapy as a theoretical basis. The research had as a methodological option the qualitative analysis carried out from individual semi-structured interviews with the participants. The data were analyzed focusing on the identification of self-recognition as a subject taken, in this research, as the basis of the mental health of women who are mothers. As a result, the work reaffirmed the importance of developing productive forms of promotion and prevention of mental health problems in maternity, especially related to women with small children. These complex issues involved the experience of being a mother and being a woman, quality of life, maintenance of her recognition as a subject separate from her child, understanding that existence as a mother is not its entirety, and care for its other parts is necessary, especially maintaining your healthy SELF and essence.

Keywords: Maternity; Mental Health; Gestalt-therapy.

Introdução

Pensar sobre a maternidade é um caminho de conhecimentos profundos e diversos, passíveis de infinitas possibilidades de estudos e compreensões, tais como as renomadas pesquisas sobre: a gestação e suas implicações para a saúde da mãe e do bebê, alimentação materna, acompanhamento pré-natal, rede de apoio na gestação, entre outros temas, como por exemplo, a importância do aleitamento materno para a saúde do bebê, como educar e proporcionar um ambiente saudável para o filho, ou sobre o papel da presença materna/paterna no desenvolvimento da criança. Estes são exemplos de estudos com foco na saúde física e mental do filho. Em relação à mãe há vários estudos com propostas de prevenção às doenças físicas da mãe na gestação, prevenção à depressão pós-parto, promoção do parto humanizado, entre outros.

Observamos muitas publicações de artigos e livros sobre a maternidade real, sem romantizações, partindo da compreensão que a maternidade envolve desafios, sofrimentos, alegrias e bem-estar, em constante dicotomia. Há, outrossim, um espaço delicado do universo materno que necessita de atenção e cuidado: a saúde mental da mulher mãe desde a gestação, passando pelo parto, pós-parto, lactação e ao longo do crescimento e desenvolvimento do filho, especialmente nos primeiros meses e anos desde o nascimento.

Fez-se necessário, neste contexto, o aprofundamento do conhecimento sobre a maternidade em sua totalidade, com foco especial para a saúde mental das mães, como oportunidade de ampliar-se os esforços na busca do equilíbrio da mulher que é mãe, pensando-se em formas de prevenção de agravos e promoção da saúde materna. Esta foi a linha mestra desta proposta: estudar as transformações pessoais nas mulheres, a partir das experiências vivenciadas por elas na maternidade, buscando-se integração e desenvolvimento pessoal.

O tema dessa pesquisa envolveu a visão da totalidade da mulher que assumiu o papel de mãe, focalizando na necessidade de cuidados e atenção especial para que possam maternar de forma mais saudável. As participantes da pesquisa são mulheres fisicamente saudáveis, com a gravidez desejada e aceita por elas, ou seja, mulheres que escolheram gestar e cuidar de seus filhos, vivenciando atualmente a maternidade com seus sentimentos agradáveis e desagradáveis. Este tema foi estudado no campo da saúde mental da mulher e que é mãe, a luz da Gestalt-terapia. A seguir, inicia-se esta revisão apresentando relevante literatura psicológica acerca da maternidade.

Maternidade

Segundo o dicionário Houaiss da língua portuguesa, maternidade é um estado, qualidade de mãe; como termo jurídico é o laço de parentesco que une a mãe a seu filho. E sabe-se que ao longo dos séculos o conceito de maternidade foi modificado e aprimorado com os avanços da ciência, da medicina, da filosofia, da religião e das políticas públicas.

Maria Tereza Maldonado, psicóloga, precursora no Brasil nos estudos sobre a maternidade, em especial o ciclo gravídico-puerperal, em seu livro “Psicologia da Gravidez”, escreveu sobre a perspectiva histórica da maternidade e da paternidade, principalmente a história do amor materno. A autora ao citar Badinter apontou que a existência do amor materno depende não só da história de vida da mãe como também do próprio processo histórico, social e cultural, entendendo o amor materno como um sentimento e não um instinto, passivo de imperfeições, oscilações e modificações.

Para Maldonado (2017):

“Só no século XVIII, quando se começou a enfatizar a importância da presença da mãe na transmissão dos fundamentos da educação e da religião, estabeleceu-se o costume de colocar a criança de até os sete anos de idade sob a responsabilidade primária da mãe. A partir dessa idade, a criança passava a pertencer ao mundo dos adultos. Como mostra Ariès, o conceito de infância e respeito pela vida da criança desenvolveram-se somente quando começou o declínio da taxa de mortalidade infantil, o que justifica segundo sua interpretação, esse investimento afetivo” (p.23).

Cabe lembrar que nos séculos anteriores essa responsabilidade era das amas, muitas vezes em locais distantes da mãe, o que aumentava (além de outros fatores) o índice de mortalidade infantil, com o predomínio de uma conduta de indiferença materna. O culto à maternidade, segundo a referida autora, ocorreu no século XIX, quando o lugar da mãe cresceu na sociedade, uma vez que, com as novas condições de vida econômica e política, tornou-se necessário delegar à mulher a função de educadora de seus filhos. A maternidade até então percebida historicamente apenas como uma função biológica e primária da mulher, passou a ser uma função social.

Completando a conceituação da maternidade, temos a diferenciação sobre esse conceito e o ato da maternagem como propõe Rocha-Coutinho (2005), que conceituou maternagem como cuidados com as crianças, cuidados estes que podem ser realizados tanto por homens como por mulheres, assinalando que o conceito de maternidade está atrelado biologicamente à mulher.

A autora destacou que pela “naturalização” das funções tidas como femininas, começou-se a demarcação de características específicas como a “abnegação, dedicação, docilidade, entre outras, quase todas vinculadas àquelas características necessárias a uma ‘boa’ mãe, levando-se a uma identificação entre maternidade e feminilidade que, em diferentes graus, permanece até os nossos dias” (p. 124).

A partir desse pensamento, observamos que, ao tornar-se mãe a mulher percebe que seu filho é sua prioridade até sobre ela mesma. Susan Maushart, em 2006, no seu livro “A máscara da maternidade: Por que fingimos que ser mãe não muda nada?”, escreveu que desde o século XIX as mulheres tiveram que assumir o papel de boa mãe, com dedicação integral aos filhos e responsabilidade pelo espaço privado da família, com a representação social do devotamento e sacrifício inerente à maternidade.

O que observamos é que as mães, por vezes, percebem-se com a obrigação de corresponder à perfeição determinada pela fantasia da maternidade ideal, priorizando seus filhos e esquecendo do seu EU.

Esse assunto não é novo. A psicoterapeuta e psicanalista, em Londres, Rozsika Parker, em 1995, no livro “A mãe dividida: a experiência da ambivalência na maternidade”, escreveu que cuidar de um filho nos primeiros anos de vida do bebê é um momento repleto de desafios, dificuldades, medos, raivas, tristezas, e não apenas alegrias, satisfações e bons momentos. Acrescentando que a dependência de ambos (mãe e bebê) torna a experiência dos primeiros anos de vida mais propensa ao aparecimento de culpas, medos e de angústias, principalmente pela mãe entender que sua vida não será mais a mesma por ter um bebezinho, seu filho, dependendo dela para tudo.

Podemos pensar sobre como a mãe relaciona-se com sua parte mulher, posto que a própria gestação produz uma transformação física e mental do seu EU, assim como o momento do parto e a maternidade como um todo são eventos de potenciais transformações importantes na vida.

A argentina e psicoterapeuta familiar Laura Gutman escreveu, em 2010, no livro “A maternidade e o encontro com a própria sombra: o resgate do relacionamento entre mães e filhos”, que o nascimento do bebê potencializaria na mulher processos de destruição física e emocional, com evidente perda dos espaços de identificação, e submersão em uma rotina aflitiva, posto que é preciso estar sempre à disposição das demandas de seu filho. Surge deste cenário, um vazio produzido pelo fato de não reconhecer a si mesma. Assim, “quando construímos nossa identidade confundindo ser mãe como ser mulher, tornando-se intolerável defender um interesse pessoal, uma vez que o amor maternal é incondicional e altruísta” (p. 304).

A autora completou que é necessário viver a maternidade de forma consciente, que as mães criem seus filhos com autonomia interior, sem serem somente mães e ocupadas com os afazeres da criação dos filhos e trancando-se apenas em sua parte mãe, esquecendo-se de ser mulher.

Pensando assim, para a reflexão sobre os contextos da existência de uma possível hipervalorização do papel de mãe e esquecimento ou negligência de sua parte mulher, é preciso analisar os períodos e fases de vida do bebê/criança. Para Gutman (2010) existe um período de fusão entre a mãe e o recém-nascido até os seus nove meses de vida, fase em que se vivencia o pós-parto imediato, o puerpério e o início da amamentação. A separação emocional, segundo a autora, inicia-se entre os dois anos e dois anos e meio, quando acontece o começo do desenvolvimento da linguagem verbal da criança, e início da construção do “sou eu”, ou seja, eu-criança separado do eu-mãe, abrindo caminho para o EU separado do outro, uma vez que:

“Chegar aos 2 anos e pensar, de maneira organizada, em si mesma separada dos outros representa um salto importantíssimo no processo de desenvolvimento da estrutura psíquica da criança. Não estamos nos referido apenas ao domínio da linguagem verbal, mas a toda uma concepção de si mesma como ser separado, capaz de interagir com os outros. A emoção, a completude com a mãe, deixa de ser tão absoluta” (p. 22).

Percebemos, dessa forma, um caminho seguro para a separação da fusão materna, quando a mãe pode conseguir, tendo recursos para tanto, diferenciar seu eu-mãe e seu eu-mulher, pessoa no mundo, distinguindo do seu até então, único, ser eu-mãe. Como escreve o

Doutor em Psicologia Clínica e Gestalt-psicoterapeuta, Jorge Ponciano Ribeiro, em 2011, no seu livro “O conceito de mundo e de pessoa em Gestalt-terapia: refazendo o caminho”:

“O conceito de mundo é um instrumento de trabalho por meio do qual localizamos a pessoa no mundo e a partir do qual vemos esse homem como funcional ou disfuncional, na medida em que ele se expressa, coerente ou incoerentemente, na sua relação com essa matriz geradora de toda atividade humana, e da qual essa atividade recebe sentido. O conceito de pessoa nasce e decorre, cósmica e ontologicamente, do conceito de mundo. Primeiro o mundo existe, depois a pessoa. É o conceito de mundo, ou seja, a compreensão do que é mundo que permite à pessoa se perceber dentro de um campo cósmico e, a partir daí, se localizar no mundo como um ser ético e de ação (p. 46)”.

Dessa forma, é importante para a mulher a compreensão do seu conceito de mundo sendo mãe, ser funcional e saudável, equilibrando na relação com seu conceito de pessoa nas condições de mulher e mãe.

Knowles e Cole (1990) mostraram que a maneira como cada mulher percebe-se como mãe pode estar relacionada à como julgamos ou aceitamos nossas próprias mães. E o que se diz sobre a maternidade pode não refletir verdadeiramente como nos sentimos, pois, a compreensão da maternidade na mídia, na arte ou até na literatura são mães felizes, nunca irritadas ou insatisfeitas, e para algumas mulheres, sim, pode ser verdade estarem sempre alegres em maternar, mas para outras não. Essas variações ocorrem de acordo com a percepção de cada uma e de cada cultura, inclusive. E esse é um ponto fundamental na compreensão sobre a possível hipervalorização da parte eu-mãe que podemos pensar que esteja ligada direta ou indiretamente com a imagem que a sociedade tem do que é ser mãe e sobre a maternidade.

O que se constatou na experiência clínica em Psicologia é que todas essas questões sócio-históricas-culturais-pessoais, de fato, interferem no modo como a mulher percebe-se no seu maternar, sendo fundamental a análise dessa percepção para que o Psicólogo possa entender e cuidar de modo mais efetivo da saúde mental da mulher que é mãe. Como pontua Silva (2000), há certa discrepância entre as mulheres que mantêm a devoção à maternidade e

aquelas que não a enxergam como algo indispensável à vivência feminina. Este risco levou-nos a seguir, a discutir o conceito de saúde mental.

Saúde Mental

Para pensar sobre a saúde mental materna, fez-se necessário o entendimento sobre a própria definição de saúde mental. A Organização Mundial da Saúde (OMS), ao criar o Relatório Mundial da Saúde 2001, reforçou e reconheceu a importância da promoção em saúde mental pela própria definição de saúde descrita não como ausência de doenças ou enfermidades, e sim um estado de completo bem-estar físico, mental e social. No referido relatório identificou-se que a saúde mental foi negligenciada por muito tempo, sendo necessária para o bem-estar geral dos indivíduos, das sociedades e dos países. Em que pese entender-se ser impossível alcançar saúde mental de forma completa, foi uma mudança importante partir da compreensão de que a saúde mental é algo maior do que a ausência de perturbações mentais, e que a saúde mental definida neste relatório abrangeu e deu visibilidade a elementos tais como o bem-estar subjetivo, a auto eficácia percebida, a autonomia, a competência, a autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa.

Partindo desta breve conceituação de saúde mental Abreu, S., Barletta, J. B., & Murta, S. G. (2015) lançaram importante reflexão sobre a construção da lógica que mostra que as doenças mentais devem ser prevenidas, e para que isso ocorra faz-se necessário detectá-las de forma precoce, além de ter-se formas efetivas de prevenções. O trabalho ressaltou a relevância de compreender-se que mesmo para os que desfrutam de atual bem-estar mental ou estão mentalmente saudáveis podem e devem valer-se de formas de promoção em saúde mental. Em outras palavras, a prevenção é importante em todos os níveis de saúde (Shneider, In Murta, & Leandro-França, & Santos & Polejack, 2015).

Seguindo essas formas de pensar é que entendemos a necessidade de estudarmos sobre prevenção de agravos e promoção em saúde mental das mulheres que são mães. Para tanto foi preciso analisarmos as fases do maternar, aqui definidas como: gestação, parto, pós-parto, puerpério, lactação, fases do desenvolvimento do filho, bem como a percepção da rede de apoio da mulher para maternar em cada uma dessas fases. A seguir, apresentamos cada uma destas fases.

Gestação

A gestação é um período de transição que faz parte do processo natural do desenvolvimento humano, e envolve reestruturações e reajustamentos, mudanças de aspectos da identidade e nova definição de papéis, com significativa mudança da visão de mundo da mulher de si mesma (Maldonado, 2017).

O materno, e em específico na fase da gestação, exige uma organização dos níveis biológico, cognitivo, emocional, relacional e social, com a transformação da relação da mulher com seu corpo e seu EU. A gravidez é um período muito estudado e pesquisado, com vários autores descrevendo o gestar como um período de mudanças significativas que necessitam de um reajustamento de corpo e mente da mulher.

Para Maldonado (2017):

“A gravidez é o alicerce do vínculo entre a família e o bebê, e redimensiona a rede de relacionamentos. É um período que demanda convergência dos esforços preventivos da equipe de assistência no ciclo gravídico-puerperal, e que resulte em atendimento integral e integrado que promova a saúde física e mental de pais e filhos. É o que preconiza, no Brasil, o Marco Legal da Primeira Infância, sancionado em maio de 2016” (p. 12).

A autora escreveu também que, de modo geral, a atenção tradicional e de rotina na gestação, no parto e no pós-parto imediato, com frequência não satisfazem as necessidades emocionais da família e do bebê.

Maushart (2006) escreveu sobre as diferentes reações de mulheres ao seu corpo grávido:

“Em um nível primordial, a gravidez é a encarnação plena da ‘feminilidade’. E, para muitas mulheres, representa genuinamente a feminilidade em sua floração mais plena e majestosa. Essas mulheres sentem o corpo grávido poderoso, sedutor, eminentemente digno de culto, levam o filho dentro de si como um navio leva a sua carga: elegante e invencível. [...] No entanto, para cada mulher que celebra, como uma deusa, o próprio corpo grávido, há outra que se sente

completamente grotesca. A máscara prevalecente da futura mamãe sugere que há alguma aberração nessas mulheres, como se o fato de não florescerem revelasse uma perversidade intrínseca do espírito” (p. 89).

Observamos que a percepção de cada mulher sobre seu corpo grávido é uma vivência subjetiva e construída socialmente. E para aquelas mulheres que não adoram o corpo grávido, surge a sensação de estarem erradas, com a culpa de ser inadequada.

Além disso, cabe a reflexão de que a liberdade de escolha da mulher é reduzida quando gesta seu filho, ela perde a posse exclusiva até mesmo de seu próprio corpo, como escreve Raphael-Leff (2018), pontuando que na gestação ocorrem alterações nos padrões de atividades de toda a vida da mulher, que está compartilhando seu corpo com outro ser humano, interrompendo pensamentos, alterando o sono, obrigando a modificar hábitos alimentares, formas de trabalhar e até mesmo de vestir-se.

Parto, Pós-Parto e Puerpério

Maldonado (2017) pontuou que a influência de fatores psicológicos no parto tem sido estudada por obstetras, psicólogos e psiquiatras há muito tempo. Para ela:

“A gestante traz para a experiência do parto inúmeras peculiaridades fisiológicas, psicológicas e sociais. [...] Se a gravidez pode ser considerada como um período de maior vulnerabilidade, o parto pode ser encarado como um momento crítico que marca o início das mudanças significativas e envolve diferentes níveis de simbolização” (p. 92).

A autora pontuou que a mulher leva para a experiência do parto as peculiaridades fisiológicas, psicológicas e sociais. Afirmou, ainda, que um dos medos mais comuns para a mulher é o de não saber reconhecer os sinais do parto, provocando insegurança e ansiedade. Descreveu o parto como uma passagem de um estado de estar grávida para outro e a principal característica é ser inevitável, ou seja, precisa ser enfrentado pela mulher de qualquer forma, não sendo possível a ela o controle integral deste momento imprevisível e desconhecido.

Gutman (2010) afirmou que a exposição de seu corpo durante o trabalho de parto pode ser constrangedora e traumática. E que o parto, se não for conduzido com o mínimo de dignidade e humanidade, pode ser uma experiência traumatizante, tanto para a mulher que se torna mãe como para o próprio bebê. Para ela:

“O parto deveria ser revelador, no sentido de que a mulher deveria ter a possibilidade de parir da maneira mais próxima daquilo que ela é em essência. São poucas as mulheres que conseguem se ver refletidas no parto que acabam de atravessar. Os partos não são bons nem ruins, mas a vivência de cada mãe é fundamental para a compreensão posterior de suas dificuldades no início do vínculo com seu filho” (p. 41).

Quando falamos sobre saúde mental materna, lembramos sempre de momentos específicos da maternidade como a gestação, preocupação com o pós-parto, belezas e dificuldades da amamentação, mas pouco se estuda sobre o exato momento do parto. Como pontua Maushart (2006), que geração pós geração, temos o parto ainda como um assunto velado e aos poucos aumentando o contato e preparação das mulheres para o momento do parto, com mistos de pensamentos e sentimentos sobre o que esperar sobre a saída do bebê de dentro da mãe. A autora escreveu, ainda, sobre a falsa ideia do controle materno no momento do parto, dizendo que observou que muitas mulheres consideram que a perda do controle é mais aterrorizante do que a própria dor física do parto. Talvez pelo vício em controle pela natureza da vida contemporânea com a sobrecarga de compromissos, responsabilidades e realizações da rotina diária de muitas mulheres, com a ideia de que controlam tudo para poderem sobreviver. Completou que essas mulheres podem apresentar um horror particular e sem precedentes de perder o controle, e pode ser que a maneira como olham o parto ser uma forma de refratar esse medo.

O parto é, de fato, um momento em que a mulher deixa de ser apenas uma para ser duas pessoas, agora que o bebê saiu da barriga. De acordo com Maldonado (2017), quando a diferenciação mãe e filho não é bem elaborada, o parto pode ser sentido pela mãe como uma separação dolorosa, em que ela perde uma parte de si mesma.

Por outro lado, é importante também, ressaltarmos a intensa romantização do pós-parto imediato como Maushart (2006) escreve sobre a culpa e fantasias que aparecem no momento exato em que mãe e filho se conhecem. A autora pontuou sobre a preocupação com a regra imposta, por vezes de forma social, do vínculo afetivo com o bebê que precisa ser

imediatamente estabelecido logo após o parto, permeado, com um imaginário coletivo de que o parto pode ser controlado por estarem preparadas para esse grande momento e com a ilusão de que será mágica a conexão imediata entre ela e seu bebê. São fatos que podem até acontecer com algumas mulheres, mas não é a regra, sendo cada experiência de parto e pós-parto único para cada mamãe e seu bebê.

A experiência de passar por períodos de privações e intensas mudanças como ocorrem na gestação e parto é considerado como momentos de crise, no qual a mulher está em situações de intensa vulnerabilidade. Isso leva-nos a considerar o puerpério um intenso momento, transformador e delicado do maternar.

O Ministério da Saúde preconiza que o puerpério tem início imediatamente após o parto, com duração em média de seis semanas após o parto. Como o período cronologicamente variável do pós-parto em que se desenvolvem as manifestações involuntivas de seu corpo e de recuperação do organismo materno. Sendo dividido em três períodos: Pós-parto imediato do 1º ao 10º dia; pós-parto tardio do 11º ao 45º dia e pós-parto remoto após os 45 dias, com término imprevisível.

No puerpério, a mulher pode estar especialmente sensível, confusa, com desespero, apresentando ansiedade reativa e momentos de tristeza. Maldonado (2017) descreveu que as primeiras 24 horas são um período de recuperação da fadiga do parto, em que a puérpera se sente em geral debilitada e confusa. Pontua, ainda, que a labilidade emocional é característica na primeira semana após o parto, com euforia e depressão alternando-se com intensidade.

As alterações psicológicas do puerpério são necessárias de serem acompanhadas e monitoradas tanto pela própria mulher, quanto sua equipe médica e sua rede de apoio. É importante que se observe como a mulher está nessa fase, uma vez que, é uma linha muito tênue entre o normal e o patológico. Estudos demonstraram que os sintomas de alteração no humor e ansiedade durante a gravidez, bem como *baby blues*, aumentam o risco de um episódio depressivo maior no pós-parto. Segundo o Ministério da Saúde o *baby blues* ou *blues* puerperal é uma condição psicológica que afeta de 40% a 80% das mulheres no puerpério e se caracteriza pela presença de sintomas depressivos leves, que se iniciam na primeira semana do pós-parto e geralmente melhoram após 14 dias do parto. E diferencia-se da depressão pós-parto por apresentar sintomatologia mais branda e por ter duração mais curta e autolimitada.

É importante destacar que as primeiras reações da mãe ao recém-nascido podem ser, em muitos casos, entendidas como positivas. E a manifestação do sentimento materno pode não ocorrer na primeira vez em que a mãe olha seu filho, podendo gerar sentimento de culpa e apreensão. Não sendo raro o embotamento afetivo em graus variados (Maldonado, 2017).

A autora pontua, ainda, que existem aspectos complexos na relação com o recém-nascido, nas primeiras semanas, por exemplo, mãe e filho se conhecem pouco. Existem mulheres que o sentimento materno aparece a partir do desamparo do bebê, estimulando a vontade de cuidar, nutrir, proteger, desenvolvendo a relação e identificando-se com seu filho. Outras mães podem assustar-se com a fragilidade do recém-nascido. E para algumas mães o conceito de ser “boa mãe” é idealizado, obrigando-se a dedicar-se de forma excessiva ao bebê.

Lactação e Amamentação

Outra experiência marcante da maternidade é o ato de alimentar o filho, que começa com o amamentar o bebê com o leite materno (lactação) e/ou com leite artificial. Maldonado (2017), indicou que a forma como a mãe escolhe a maneira em que vai alimentar seu filho, pode revelar a influência do seu estilo de vida, da sua história pessoal e da sociedade em que vive. E que os estudos mostraram que a prática de amamentar é um processo complexo e muito influenciado pela cultura em que a mulher está inserida.

Para o Ministério da Saúde do Brasil os bebês de até seis meses de vida devem ser alimentados exclusivamente com o leite materno, sem a adição de outros alimentos líquidos ou sólidos. A Sociedade Brasileira de Pediatria apontou que o leite materno é o alimento ideal, uma vez que supre todas as necessidades nutricionais do bebê até os seis meses de idade, evitando problemas como a desnutrição. Após os seis primeiros meses de vida, preconiza-se que o aleitamento materno seja completado com outros alimentos saudáveis até os dois anos ou mais.

O que observamos é que mesmo com as evidências científicas demonstrando a importância e superioridade do leite materno, a lactação é considerada, por vezes, como algo desnecessário, ultrapassado e primitivo (Maldonado, 2017).

O pediatra e psicanalista Winnicott (1999) defendeu que o aleitamento materno é uma prova de amor da mãe e deveria ser oferecido sempre que o bebê solicite. Pontuou, também, que de fato existem outras formas de contato físico e íntimo com a mãe que podem ser experimentadas pelo bebê, e que ambos perdem algo caso não passem por essa experiência, ou quando a mãe tem alguma dificuldade pessoal. O autor não descreveu a amamentação com o leite materno como obrigação das mães, já que escapa ao controle consciente da mãe, e ambos, mãe e bebê perdem com a insistência em fazê-lo sem sucesso. Defendeu que a amamentação com a mamadeira é uma fonte também de suprir as necessidades do bebê, de ingerir a quantidade exata do alimento adequado, e a troca de olhares entre os dois de fato ocorre, não dependendo do uso verdadeiro do seio. O importante é que somente a mãe entende sobre a intimidade e seu amor pelo seu filho.

Em seu livro Maushart (2006) escreveu sobre a lactação e lembrou que atualmente o ato de amamentar é considerado a maneira mais “natural” de alimentar o bebê, acreditando-se que ajuda a fortalecer o “vínculo” entre mãe e seu filho, acelerando a perda de peso no pós-parto, além de ter baixa probabilidade de desenvolver a obesidade infantil e ampliar a imunidade do bebê.

Gutman (2010) escreveu que é necessário estar emocionalmente disponível com a amamentação e muitas mães relatam experiências de não prazer em amamentar seus filhos:

“Para amamentar, uma mãe necessita de introspecção, de estar em contato com seu eu e de apoio emocional. Precisa sair do mundo do material e entrar no mundo sutil, no mundo das sensações e da intuição. Amamentar é conhecimento mútuo e entrega. O bebê se alimenta de leite, mas, acima de tudo, se alimenta do contato corporal permanentemente com sua mãe” (p. 71).

É importante observarmos que para algumas mulheres a lactação parecer ser a experiência mais gratificante, natural e prazerosa, por outro lado para outras, pode ser um momento muito difícil, dolorido, sofrido, emocionalmente exaustivo e mais árduo do que compensador.

O materno e o cotidiano da mulher

A maternidade, como afirmou Rocha-Coutinho (2005), continua sendo uma das “questões mais complexas, problemáticas e conflitantes” (p.125), quando pensamos a respeito da mulher contemporânea. E mesmo com todas as mudanças nas últimas décadas, a crença ainda é que a “unidade mãe-filho é básica, universal e psicologicamente mais apropriada tanto para o desenvolvimento sadio da criança quanto para a completude da mãe” (p.125). Completou, ainda, que um grande problema contemporâneo para as mulheres é o modo como ela consegue ajustar a maternidade em sua vida, sem precisar abdicar de suas outras atividades.

Podemos dizer que todo o processo do materno pode provocar diferentes reações em cada mulher, dependendo de sua visão de mundo e do quanto a mulher consegue entender em seu tempo e espaço que são completamente alterados quando tornam-se mães. A própria gravidez, como escreveu Maldonado (2017), é um processo em que a mulher passa a se olhar de uma maneira diferente, envolve a necessidade de restauração em várias dimensões, verificando uma mudança de identidade e se transformando em outra definição de papéis. Assim, percebemos em todo o ato do materno, que a mulher além de filha de alguém passa a ser a mãe de alguém. Como completou a autora ao pontuar que a definição de papéis pode refletir antigos conflitos de relacionamento, e na mulher pode surgir o foco em ser melhor do que sua própria mãe ou até mesmo sentir-se incapaz de cuidar de um bebê.

Em seu livro sobre a “Psicologia da Gravidez, parto e puerpério”, a médica e psicanalista argentina, Raquel Soifer (1980), destacou as ansiedades das mães ao longo do materno. A autora ao analisar as ansiedades do segundo ao sexto mês de pós-parto, indicou que a principal ansiedade está relacionada à preocupação envolvendo o progresso do bebê, como está seu desenvolvimento, se está bem ou não, se está natural ou não, se já sorri, segura objetos, se já balbucia, se sustenta a cabeça, se já senta, entre outros. Escreveu, ainda, sobre outra fonte de ansiedade relacionada ao corpo da mulher após a gestação e ao parto, com a recuperação do ciclo menstrual, com o retorno fisiológico de seu corpo a condição de não gestante, por vezes lactante, entre outras modificações com a involução e adaptação do corpo no puerpério. Outra ansiedade importante que a autora pontuou foi em relação à introdução alimentar do bebê, com um misto de emoções e preocupações para a mãe lactante, por exemplo, que a partir desse momento não terá mais o seu leite materno como a única fonte de alimento para seu filho. É nessa fase (quatro a seis meses de vida do bebê) que observamos

outra possível fonte de estresse e ansiedade para ambos mãe e bebê, o retorno ao trabalho após o fim da licença maternidade.

O primeiro caso de licença maternidade ocorreu em 1913 nos Estados Unidos, mais precisamente na cidade de Nova York. No Brasil surgiu em 1943, inicialmente com o período de 84 dias. Em 1973 os custos da licença passaram a ser pagos pela Previdência Social. O art. 392 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, determinou que: "Art. 392. A empregada gestante tem direito à licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias, sem prejuízo do emprego e do salário". De acordo com o Decreto nº 6.690, de 11 de dezembro de 2008, em seu Art. 2º: "Serão beneficiadas pelo Programa de Prorrogação da Licença à Gestante e à Adotante as servidoras públicas federais lotadas ou em exercício nos órgãos e entidades integrantes da Administração Pública federal direta, autárquica e fundacional". Completando, o parágrafo 1º determinou: "A prorrogação será garantida à servidora pública que requeira o benefício até o final do primeiro mês após o parto e terá duração de sessenta dias".

Segundo os dados da segunda edição do estudo 'Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil', que analisou as condições de vida das brasileiras a partir de um conjunto de indicadores proposto pelas Nações Unidas, divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 54,5% das mulheres com 15 anos ou mais integravam a força de trabalho (definida como todas as pessoas que estão empregadas ou procurando emprego) em 2019. O estudo mostrou que em 2019 o nível de ocupação das mulheres de 25 a 49 anos vivendo com crianças de até 3 anos de idade foi de 54,6% e dos homens foi de 89,2%. Em lares sem crianças nesse grupo etário, o nível de ocupação foi de 67,2% para as mulheres e 83,4% para os homens. Em relação a cuidados de pessoas ou afazeres domésticos, as mulheres dedicaram quase o dobro de tempo que os homens: 21,4 horas contra 11 horas semanais. A proporção em trabalho parcial (até 30 horas semanais) também é maior: 29,6% entre as mulheres e 15,6% entre os homens.

Dessa forma, cabe uma reflexão sobre as escolhas de cada mulher em relação ao retorno ao trabalho ou a busca pela inserção no mercado de trabalho, após o período de licença maternidade, uma vez que a decisão sobre estar ou não envolvida em atividades laborais e receber remuneração para tanto, pode variar de acordo com sua visão de mundo e o contexto de vida de cada mulher e de sua família. Como escreveu Rocha-Coutinho (2005),

para a maioria das mulheres contemporâneas, a autossatisfação inclui a maternidade, um relacionamento afetivo-sexual gratificante e uma carreira profissional bem-sucedida.

E percebemos, então, importância de se avaliar a saúde mental da mulher ao retornar ao trabalho, que entendemos como uma passagem importante na vida da mãe e de seu filho. Ao voltar ao trabalho, as mulheres são obrigadas a entrar em contato com o mundo externo, ou seja, aquele diferente da relação funcional mãe-bebê, e estar em funcionamento ativo no mesmo formato de antes de ser mãe, como se nada tivesse mudado em suas vidas, com o dever de ter que trabalhar e se concentrar da mesma forma como fazia antes do nascimento de seu filho. Exigindo-se que as mulheres passem pelo retorno profissional ignorando o estado de fusão emocional com o bebê, facilitando o surgimento de um estado de solidão nesta realidade de ter que trabalhar e ter que deixar seu filho aos cuidados de outras pessoas, que não os seus cuidados. Este contexto potencializa uma confusão mental muitas vezes por não conseguir se concentrar, e ao tentar e não conseguir achar que não é mais a mesma, duvidando da sua capacidade mental, uma vez que que antes conseguia, questionando-se sobre qual seria a razão de não conseguir agora, e perguntando-se: só porque agora sou mãe?

Com tudo isso, percebemos que as etapas da maternidade formam a totalidade do que é ser mãe, e é preciso a compreensão, tanto da própria mulher, como da sociedade e sua rede de apoio, que cada momento é singular, repleto de emoções, sentimentos, características e peculiaridades específicos de cada fase e de cada contexto de vida. Faz-se necessário o entendimento que a descoberta da gravidez, o gestar, parto, pós-parto, puerpério, amamentação e desenvolvimento do filho são parte da totalidade do maternar, e a mulher necessita de atenção diferenciada, de forma específica para cada uma dessas etapas, com o olhar ampliado para sua saúde mental materna, a partir de um movimento de cuidado e ajuda para o desenvolvimento de sua promoção à saúde e prevenção de agravos. Esta prevenção de agravos implica em promover ativamente a saúde mental materna, não somente a partir da ótica do adoecimento mental, mas também visando possibilitar às mães formas de acrescentar comportamentos saudáveis como: comprometimento com seu autocuidado, atividades individuais e não somente cuidado com seu filho, ou seja, atividades relatadas como quase que impossíveis de serem executadas principalmente ao longo dos primeiros meses de nascimento do filho.

Faz-se importante lembrar como pontuam Ribeiro, Perosa, Padovani (2014), que quando se pensa em promoção de saúde, por exemplo, durante a gestação, na maioria das

vezes, pensa-se em ações para a saúde e prevenção de agravos à saúde do bebê e à saúde física da mãe, deixando de lado, por vezes, a saúde mental da mulher que passa por toda a transformação desse período e ainda passará por outras transformações até mesmo em sua personalidade ao longo dos anos da vida de seu filho.

Por esta necessidade de se ter uma visão integrada, deste todo complexo, que optamos neste trabalho pela Gestalt-terapia como base, como estrutura de análise. A seguir, apresenta-se os pontos de vista da Gestalt-terapia no que tange às questões deste estudo.

Gestalt-terapia

Partindo desse pensamento sobre as peculiaridades do universo materno, identificamos que apesar de recebermos mães em nossos consultórios procurando psicoterapia para conseguir lidar com essa dualidade em ser mulher e mãe, nós Gestalt-psicoterapeutas escrevemos pouco ou quase nada sobre a maternidade, seus desafios, e principalmente sobre a prevenção de agravos e promoção em saúde mental materna.

Jorge Ponciano Ribeiro (2006, 2011, 2013), fundador e presidente do Instituto de Gestalt-terapia de Brasília - IGTB descreveu que a Gestalt-terapia, além de ser uma forma de psicoterapia, é um método de trabalho e é uma teoria da pessoa, ao conceber o indivíduo na sua totalidade, aqui e agora, como um campo organismo-meio, em um movimento processual, sempre à procura de alcançar sua melhor forma. Sendo assim, entendemos que a abordagem gestáltica, em última instância, visa a ampliação da *awareness*, da consciência de cada pessoa sobre si e sobre o mundo, em busca de autorregulação e realização.

A palavra *Gestalt* é alemã, sem equivalência em outras línguas. *Gestalten* quer dizer “dar forma, dar uma estrutura significativa” (Ginger, S. & Ginger, A., 1995). Os autores completaram que a palavra *terapia* costuma ter um sentido restrito, e ao contrário, em uma perspectiva global e holística, terapia tem o objetivo de manter e desenvolver o bem-estar harmonioso, não visando a cura ou “reparação” de qualquer distúrbio. Completaram, ainda, que *Gestalt Therapy*, em inglês, por vezes abreviada como GT, é “para além de uma simples *psicoterapia*, apresenta-se como uma verdadeira filosofia existencial, uma ‘*arte de viver*’, uma forma particular de conceber as relações do ser vivo com o mundo” (p. 17).

Em seu artigo “A Gestalt-terapia: revisitando as nossas histórias”, em 2004, Jean Clark Juliano, psicoterapeuta e pioneira da Gestalt-terapia no Brasil, escreveu que:

“Ao perguntar a qualquer Gestalt Terapeuta a respeito da origem de sua abordagem podemos obter duas respostas bastante divergentes e polêmicas: para alguns, o fundador é Fritz Perls; para outros, não se pode falar de um fundador, mas de um grupo de fundadores: ‘o grupo dos sete’ que compreendia um médico, um educador, dois psicanalistas, um filósofo, um escritor e um especialista em estudos orientais. Não se trata, no caso, de uma divergência puramente histórica, mas sim de duas maneiras diferentes de se pensar e praticar a Gestalt-Terapia” (p.4).

Outra pioneira na abordagem gestáltica no Brasil, Lilian Meyer Frazão (2013) ao escrever sobre a história da Gestalt-terapia destacou que:

“O ano de 1951 é considerado o marco no surgimento da Gestalt-terapia, com a publicação, *Gestalt-therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*, escrito por Frederick Perls, Paul Goodman e Ralph Hefferline. O livro era fruto de anotações que Perls trouxera da África e também dos debates ocorridos no chamado Grupo dos Sete – composto por Isadore From, Paul Goodman, Paul Weisz, Sylvester Eastman, Elliot Shapiro, Laura Perls e Fritz Perls, tendo Richard Kizler posteriormente se integrando ao grupo. Seus membros se reuniam no apartamento de Fritz e Laura em Nova York” (p.11-12).

Em 1951, então, foi a primeira vez em que o termo Gestalt-terapia foi usado. Em 1952 temos a criação do *Gestalt Institute of New York*. Dois anos depois, em 1954, foi criado o *Gestalt Institute of Cleveland*. No Brasil, a Gestalt-terapia começou a ser conhecida no início da década de 1970.

Para a Frazão (2013), a Gestalt-terapia se apresenta em meio à Psicologia Humanista, com uma nova visão de homem, de forma diferente das já disseminadas e deterministas abordagens que são a Psicanálise e o Behaviorismo. Com ênfase na autorregulação por meio do desenvolvimento das potencialidades humanas de crescimento e criatividade. Constituindo um novo paradigma do ser humano como livre, se autodetermina, interage de forma ativa com seu ambiente, faz escolhas.

O trabalho central da terapia, segundo Perls, não é fazer o estudo do passado e sim auxiliar aos clientes a vivenciarem as experiências imediatas no momento presente. Ampliando a possibilidade dele em terapia revisar todo o seu padrão de existência a partir da perspectiva do seu aqui e agora, proporcionando a ampliação de consciência para o entendimento que a construção de sua vida se torna uma escolha autêntica e não meramente um fato do destino, com foco na qualidade de vida presente (Juliano, 2004).

Ginger, S. & Ginger, A. (1995) escreveram que a GT enfatiza a tomada de consciência da experiência atual (o aqui e agora), retomando a ideia da percepção emocional e corporal. A GT desenvolve uma perspectiva unificadora do ser humano, com a integração das dimensões sensoriais, afetivas, intelectuais, sociais e espirituais; favorece o contato autêntico consigo e com o outros, com proposta de ajustamentos criativos do organismo ao meio, valorizando o direito à diferença, a originalidade irreduzível de cada ser humano.

Para Ribeiro (2016), hoje, a Gestalt-terapia é um método e uma corrente psicoterápica consolidada e que tem na sua constituição teorias também epistemologicamente consolidadas, como: Psicologia da Gestalt, Teoria de Campo, Teoria Organísmica e o Holística, Humanismo, Fenomenologia, Existencialismo. E que entendemos serem teorias e filosofias de base que, na sua origem, deram-lhe sustentação teórica. Perls inseriu também alguns aspectos importantes da Psicanálise, da Teoria Reichiana e do Zen-Budismo.

Por mais diversas que sejam, suas teorias e filosofias de base, formam um todo absolutamente funcional, que se entrelaçam em um elo essencial, constitutivo, como uma estrutura lógica, que permite a existência de um modo de ser e funcionar. Com a constituição de um campo sólido, no qual suas partes convivem em inter e intrarrelação teórica, formando assim, um agir psicoterapêutico visível e coerente (Ribeiro, 2011).

Ferraz (2016) propôs que a GT, em seu aspecto clínico, apresenta-se como uma terapia existencial-fenomenológica, com o objetivo de ampliar a consciência do cliente, em seu aqui-agora da relação terapêutica. Além de compreender e apreender, proporciona a oportunidade de experimentar e promover o poder criativo de reintegrar as partes as partes dissociadas do todo. Com a proposta de expandir ao máximo o campo vivido e a liberdade de escolha, tentando escapar ao determinismo alienante do passado e do meio, para encontrar assim um território de liberdade e responsabilidade.

Para Ribeiro (2007):

“Gestalt pode ser definida como um Terapia do Contato em ação, no sentido de que o terapeuta e cliente estão atentos aos modos pelos quais o cliente procura satisfazer suas necessidades, em dado campo. Somos os contatos que fizemos e continuamos a fazer. O processo terapêutico recapitula, mostra o modo como o cliente faz contatos no mundo. Diante do terapeuta, o cliente abre, às vezes, escancara, o livro de sua vida, introduz o terapeuta nos seus meandros, nos seus deltas experienciais, e ali o terapeuta pode ver os ciclos existenciais através dos quais o cliente procura dar sentido a ele próprio e à sua vida. Fazer contato é entrar respeitosamente na intimidade do outro e lá cuidar de suas feridas” (p. 25).

A Gestalt-terapia como terapia do encontro e do contato preocupa-se em encontrar respostas reais às demandas do aqui-agora das pessoas. Ribeiro (2016), a descreveu como uma psicoterapia que olha o ser humano como sujeito de pesquisa, “como uma totalidade existente, imersa no aqui-agora, como um sujeito de dor, de alegria, de esperança, como um fenômeno humano acontecendo e se renovando a cada momento” (p. 32). O autor completou que:

“O terapeuta é um facilitador do processo relacional, nada mais que isso. Daí a importância de o terapeuta desenvolver o dom da escuta amorosa, que permitirá ao cliente ouvir-se cuidadosamente, na medida em que é escutando a si mesmo que ele se redescobre como nova criatura na relação com o outro, tornando-se ambos um fenômeno vivo, um para o outro” (p. 121).

O Gestalt-psicoterapeuta faz uso de recursos como técnicas, que para Ginger, S. & Ginger, A. (1995):

“As técnicas da Gestalt só têm sentido em seu contexto global, isto é, integradas em um *método* coerente e praticadas de acordo com uma *filosofia* geral. O essencial da Gestalt não está em suas técnicas, mas no espírito geral do qual procede e que as justifica” (p. 20).

Por fim, os autores fizeram um resumo de algumas técnicas mais utilizadas como: exercício de *awareness*, cadeira vazia, cadeira quente, dramatização, trabalho com sonhos, expressão de metáforas, fantasia dirigida, entre outras técnicas. Para proporcionar o desenvolvimento de autos suporte, melhorar a capacidade de fazer escolhas e a ampliar a organização da própria existência.

A proposta de pesquisar sobre o impacto das transformações da maternidade para a saúde mental da mulher, à luz da Gestalt-terapia, dá-se por ser uma psicoterapia como escreveu Alvim (2014) que propõe “estabelecer o *continuum* de *awaewness*, ou seja, o fluxo temporal da experiência aqui-agora” (p. 28). Sendo assim, temos a oportunidade de pesquisar como as mulheres vivenciam as fases da maternidade e como elas se relacionam de forma consciente com a experiência de serem mães. E a partir dessa vivência da experiência de seu aqui-agora, podemos refletir sobre propostas para promoção da saúde mental e prevenção de agravos à saúde dessas mulheres que são mães. É a partir desta visão que definimos a seguir os objetivos deste estudo.

Objetivos

Nesta pesquisa, o objetivo primário foi analisar as percepções das transformações no jeito de ser no mundo de mulheres com filhos de até três anos de idade.

Como objetivos secundários definimos: (a) identificar como as mães qualificam suas experiências, sentimentos, sensações e presença de rede de apoio nas situações que envolvem a maternidade, como a gestação, parto, puerpério, lactação e alterações no seu cotidiano; (b) propor ações específicas de promoção em saúde mental para as mães com filhos pequenos; (c) discutir essas alterações no modo de ser no mundo tendo como base teórica a Gestalt-Terapia.

Método

A opção metodológica aplicada é qualitativa quanto à forma de abordagem do problema; descritiva e exploratória quanto aos objetivos gerais; e de base clínica (entrevista semiestruturada) quanto ao procedimento técnico de coleta de dados. Por ser pesquisa que envolve seres humanos, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas, por meio da Plataforma Brasil, em 27 de junho de 2022, CAAE 58843222.9.0000.5540.

As participantes foram mulheres, adultas, brasileiras, com idade entre 25 a 40 anos, não gestantes, com filhos de até três anos de idade, independentemente do número total de filhos, escolaridade, sem filhos portadores de necessidades especiais, e com necessária convivência com o pai de seu (s) filho (s). A opção por esse perfil de participantes deu-se em razão da subjetividade/objetividade das vivências individuais da maternidade, optando, então, por mães jovens, mentalmente e fisicamente saudáveis, dentro do padrão típico do maternar. Sem a presença de fatos como gestação atípica, patologias e psicopatologias em geral tanto da mãe como do filho. Optou-se, também, pela restrição da idade de 3 anos dos filhos, pelo entendimento de que são os primeiros anos de vida do bebê considerados de maior dependência física e emocional de ambos.

O convite à participação na pesquisa foi feito na modalidade ‘bola de neve’, em que uma participante indicou outra participante para a pesquisa. O convite compreendeu basicamente as seguintes palavras: *‘Sou aluna de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura - PPGPsiCC/UnB. Estou realizando uma pesquisa de mestrado para identificar como as mães qualificam suas experiências, sentimentos, sensações e presença de rede de apoio nas situações que envolvem a maternidade, como a gestação, parto, puerpério, lactação e alterações no seu cotidiano. Se você quiser participar ou receber mais informações, entre em contato comigo no telefone (61)98133-8604, ou pessoalmente, em horário que for da sua conveniência’.*

As entrevistas foram realizadas de forma individual, com resposta a um questionário composto por perguntas fechadas e ao final duas perguntas abertas sobre o tema.

Resultados e Discussão

Em relação às participantes, foram efetivadas um total de 18 entrevistas, com mulheres não gestantes, adultas, brasileiras, entre 29 e 41 anos de idade, a maioria casada, com boa relação com o pai de seus filhos. Todas com filhos até três anos de idade, e sem filhos portadores de necessidades especiais, auferido por auto declaração.

As entrevistas com as participantes não receberam tratamento estatístico, uma vez que as informações usadas a partir das respostas foram analisadas de forma descritiva e fenomenológica por meio do olhar da Gestalt-terapia.

O olhar para o fenômeno maternidade, que é uma manifestação da realidade percebida, no caso desta pesquisa, pelo olhar da própria mulher mãe “é a totalidade vista, observada e sentida no aqui-agora” (Ribeiro, 2016, p.121), esteve relacionado ao próprio constructo do que é a Fenomenologia. Como escreve Holanda (2014): “antes de se caracterizar como um modo específico de pensamento, antes de se constituir numa forma sistemática de se acessar a realidade, a Fenomenologia é um *método*, uma metodologia de pesquisa desta mesma realidade” (p. 31). E completa que o *fenômeno* é ação, é movimento.

Dessa forma, o direcionamento da entrevista (semiestruturada) esteve baseado na consciência das experiências vividas pelas participantes em cada fase da maternidade, com análise das respostas pela subjetividade do vivido de cada mulher, em seu movimento de maternar seu filho.

Para Ribeiro (2011), “o conceito de subjetividade e de intersubjetividade nos transposta naturalmente àquele de intencionalidade que é uma das características fundamentais da consciência” (p. 105). Então, a pesquisa abordou as vivências das participantes e suas apreensões do vivido, a partir de sua subjetividade consciente, em cada fase da maternidade que foi estudada: gestação, parto, pós-parto imediato, puerpério, lactação e cotidiano do maternar das mães com filhos até três anos de idade.

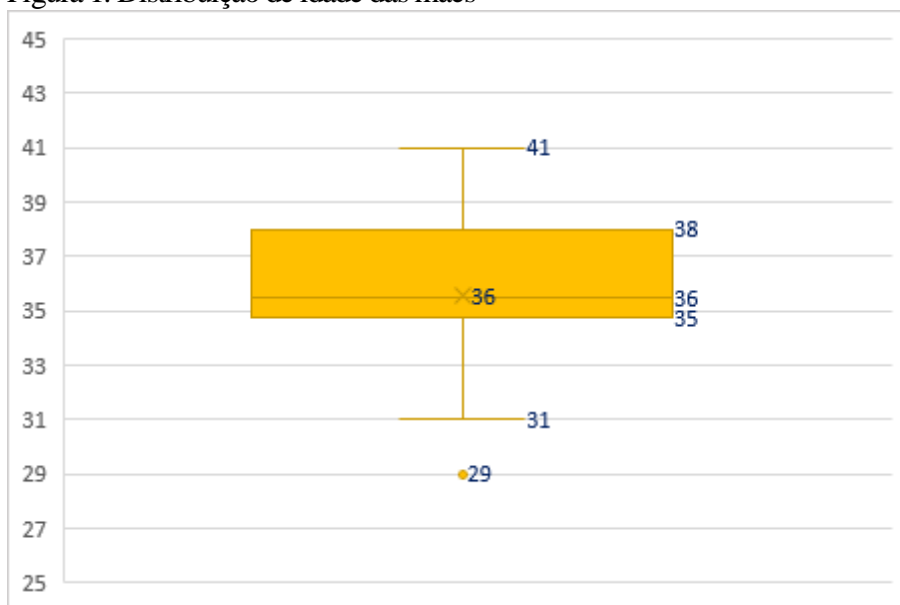
Apresentamos a seguir o perfil sociodemográfico das 18 participantes da pesquisa. Em relação às vivências, optamos por apresentar os achados em períodos: gestação, parto, pós-parto imediato, puerpério, lactação. Em que pese saber-se que as fases não são estanques, e sim integradas de modo complexo, buscamos clarear aspectos específicos com potencial para intervenções psicológicas. Apresentamos, adicionalmente, outros temas relevantes: rede de apoio, volta ao trabalho, autocuidado, vivência social e experiências do cotidiano após o

nascimento de seu filho. Finalizamos com as percepções apuradas sobre o que é ser mãe e a dicotomia ser mulher e ser mãe.

Perfil sociodemográfico

As mulheres mães estão apresentadas da seguinte forma: em relação à idade, estado civil, profissão, número de filhos, gestação atual, convivência com o(s) pai(s) do(s) filho(s), filhos com necessidades especiais, e idade do menor filho.

Figura 1. Distribuição de idade das mães



A Figura 1 apresenta média de **idade** de 36 anos, considerando a faixa média de 35 e 38 anos. A participante mais nova tem 29 anos e a mais velha tem 41 anos.

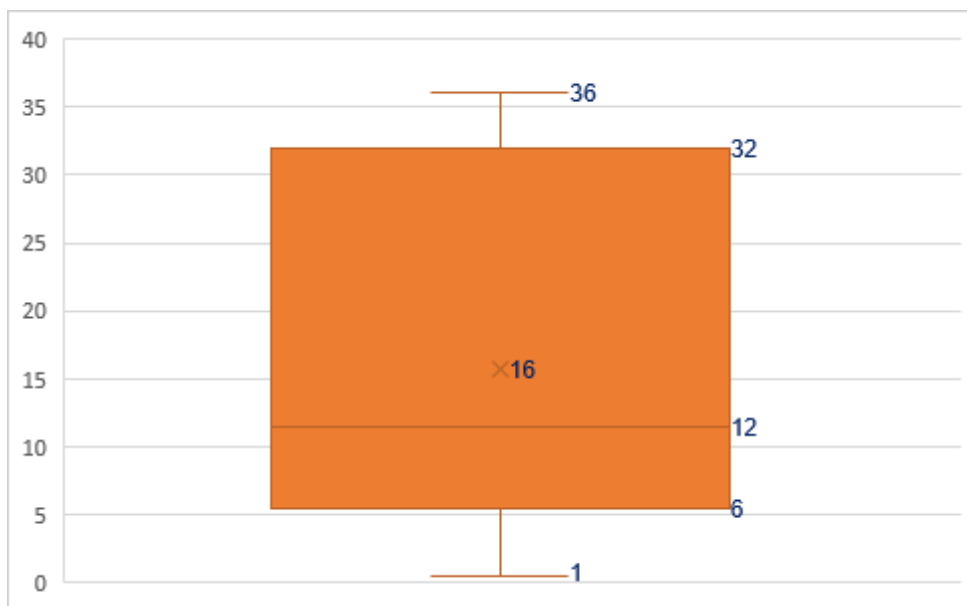
Em relação ao **estado civil**, temos 15 mulheres casadas, uma com união estável, uma solteira, uma resposta que não pode ser aproveitada, por ter um outro tipo de dado registrado.

Em relação às **profissões**, oito mulheres são servidoras públicas, duas são profissionais liberais da área de ciências humanas, quatro são de ciências da saúde, e quatro com atividades administrativas e empresariais.

Em relação ao **número de filhos**, tem-se nove mães com um filho, seis com dois filhos, uma mãe com três filhos, uma mãe com quatro filhos, e uma que deixou em branco esta resposta.

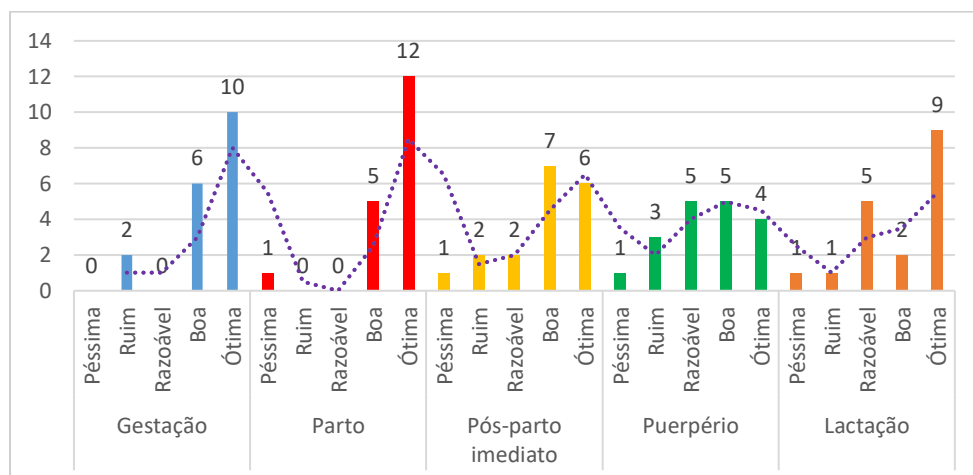
Nenhuma participante estava **gestante** no momento da entrevista posto que este foi um critério de exclusão. Das participantes, apenas uma considerou não ter uma **convivência adequada** com o (s) pai (s) do (s) filho (s), e convivência tanto com a participante como com o (s) filho (s). Não houve mãe com filho com **necessidades especiais**.

Figura 2. Idade do menor filho



A Figura 2 apresenta a idade do menor filho. Optamos por registrar esse dado, uma vez que, quanto menor a criança, maior é a demanda de cuidados, sendo o perfil solicitado para participar da pesquisa. A média de idade foi de 16 meses, em uma faixa média de 6 a 32 meses. A criança com menor idade tem um mês e a de maior idade tem 36 meses (3 anos).

Figura 3. Percepção da experiência da maternidade por fase



A Figura 3 apresenta o registro da percepção da maternidade, em que solicitamos que a participante descrevesse em termos globais a **experiência** própria em cada fase: gestação, parto, pós-parto imediato, puerpério, lactação.

Lima (Ticha), (2016), conceituou experiência pelas palavras de PHC (1997, p. 221): “A experiência não leva em conta quaisquer outras possibilidades porque é necessária e concreta; o concreto é necessário, estas partes, neste momento, não podem significar nenhuma outra coisa”. A autora completou que:

“Talvez, por isso, seja tão difícil definir o que seja experiência para a Gestalt-terapia, pois essa abordagem é baseada na própria experiência como a realidade concreta da vivência do homem que se dá na fronteira de contato deste com e no meio, sendo o espaço psicoterapêutico o momento experimental da relação dialógica em processo. [...] Este é o convite que o Gestalt-terapeuta faz a seu cliente: que viva suas experiências e se experimente, no aqui e agora, do modo mais espontâneo possível” (p. 108-109).

A intenção desta pergunta foi registrar a percepção das experiências vivenciadas por cada mulher mãe, buscando uma descrição fenomenológica, sobre como elas experimentaram seu aqui-agora em cada uma das fases descritas, como mostra a Figura 3.

Percebemos que a tendência a ser uma experiência boa/ótima da gestação e parto não se mantém no que tange ao pós-parto imediato, puerpério, que mostram vivências mais variadas, notadamente no puerpério, e uma retomada de percepções melhores na lactação. O

que podemos observar é que existe uma diferença significativa do vivido das mães para seus períodos de gestação e parto para pós-parto, puerpério e lactação.

Esta constatação nos proporciona o pensamento sobre o cuidado terapêutico para as mulheres mães em cada uma das fases do maternar, com seus sentimentos agradáveis e dessagráveis, com suas percepções reais de suas experiências vivenciadas na maternidade. Ribeiro (2011) escreve que:

“O terapeuta cuida do cliente para que ele possa se curar. Quando alguém se sente, realmente, cuidado, percebe-se como real, como uma pessoa, como um indivíduo. Cuidar é olhar a pessoa como uma totalidade, é olhá-la como ela se apresenta a si mesma e ao outro, é respeitar o outro em sua integridade, é colocá-lo no colo, não importa onde estejam as feridas, é investir na diferença de tal modo que a pessoa se sinta no direito de ser ela mesma, de ter uma cara, um rosto. Cuidar é fazer que a pessoa não sinta vergonha de si mesma, independentemente de como ela se apresenta ao outro” (p. 100).

Cuidar das mulheres mães, com o olhar da Gestalt-terapia, significa olhá-las como pessoa em sua totalidade, respeitando sua integralidade e não sendo apenas a gestante, a lactante, a parturiente, a puérpera ou somente a mãe, e sim um cuidado com a mulher que é mãe e vivencia esses momentos, cada um de uma forma, cada um com suas reações e sentimentos, independentemente de ser “normal” ou não, sempre a partir da perspectiva de cada mulher e de sua visão de mundo.

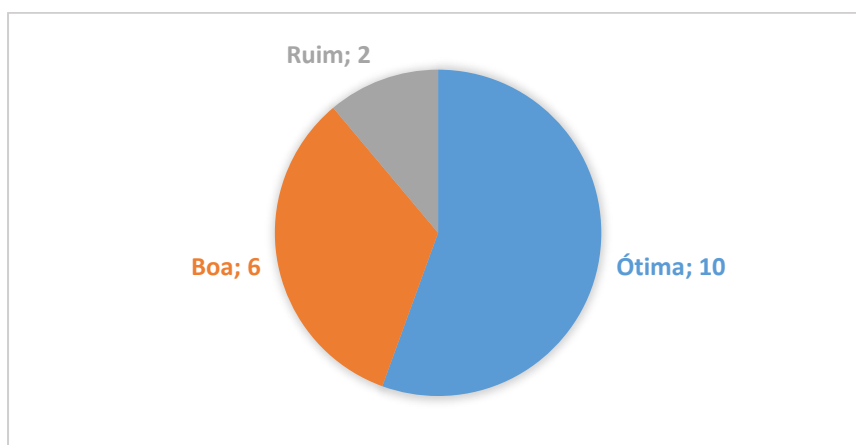
A seguir apresentamos os resultados por cada uma das fases já citadas: gestação, parto, pós-parto, puerpério, lactação, volta ao trabalho, autocuidado e experiências do cotidiano.

Gestação

Na gravidez a mulher possui um pouco mais de autonomia e controle, se compararmos com as outras fases e quando é uma fase em que se tem uma gestação sem intercorrências e restrições médicas, podendo seguir com sua vida sem maiores mudanças de

rotina, principalmente para a primíparas. Mesmo com todas as alterações corporais e hormonais, ainda podemos observar uma percepção de ser uma fase boa ou ótima, como nas respostas apresentadas. No entanto, existem mulheres com uma percepção ruim sobre sua gestação. O que corrobora com o que escreve Maushart (2006) quando pontuou sobre as diferentes reações de mulheres ao seu corpo grávido, para algumas pode ser uma fase linda, gloriosa e ótima, se sentindo mais feminina e para outras mulheres estar gestante pode ser uma experiência ruim, com transformações demasiadas e complexas.

Figura 4. Gestação: percepção da experiência



Na Figura 4, temos a percepção predominante positiva no período da gestação, com ótima (10 respostas) e boa (6 respostas). Esta é uma resposta genérica, que será detalhada a seguir em termos de sentimentos desagradáveis e agradáveis.

Nota-se que duas participantes entenderam a experiência da gestação como ruim e em termos de prevenção de agravos e promoção de saúde mental materna, é necessário a compreensão dos contextos pelos quais essas mulheres a perceberam dessa forma negativa, a partir da ampliação de consciência sobre o momento gestacional, suas transformações no corpo e na mente da mulher, bem como toda a construção sócio-histórica já descrita sobre o tema.

Este notar nos permite uma reflexão das introjeções de como deve ser vivenciada a gestação para todas as mulheres, como uma possibilidade para o olhar dessas mulheres para a gestação ser um momento ruim. D’Acri (2016) conceituou introjeção pelas palavras de Perls, (1981, p.48): “A introjeção pois, é o mecanismo neurótico pelo qual incorporamos em nós

mesmas normas, atitudes, modos de agir e pensar, que não são verdadeiramente nosso. Na introjeção colocamos a barreira ente nós mesmos que pouco sobra de nós”. Para Polster & Polster (2001):

“A introjeção é o modo genérico de interação entre o indivíduo e seu ambiente. [...] A dificuldade fundamental para desfazer a introjeção é sua história honrosa como um meio genérico de aprendizagem. [...] Na terapia, quando são mobilizadas a agressão e a crítica da pessoa que usa a introjeção, ela passa a ressoar como sua própria amargura acumulada. No trabalho clínico, ao desfazer a introjeção, liberando a energia mobilizada pela agressão, cabe focar-se em estabelecer dentro do indivíduo um senso de escolhas disponíveis para ele, e estabelecer seu poder para diferenciar ‘eu’ e ‘eles’ ” (p. 89-90)

O acompanhamento psicoterapêutico dessas mulheres é fundamental para que elas busquem sua autorregulação, para terem a oportunidade de vivenciar o período gestacional de maneira saudável e equilibrada.

Os sentimentos agráveis e desagradáveis relacionados à gestação são apresentados a partir das Figuras 5 e 6. Serão apresentadas as respostas sobre as percepções dos sentimentos agradáveis e desagradáveis das participantes em relação à gestação. Cabe ressaltar que as apresentações das respostas para esses sentimentos serão realizadas também nas outras fases: parto, pós-parto e lactação, que serão discutidas em sua ordem.

Polster & Polster (2001) escrevem que:

“Embora seja de fato verdade que o nível dos sentimentos da experiência pessoal está inextricavelmente ligado à sensação, os sentimentos têm uma qualidade que vai além do alcance da sensação rudimentar. [...] Os sentimentos incluem uma avaliação pessoal, uma tentativa de encaixar um acontecimento específico dentro do esquema mais amplo das próprias experiências” (p. 227).

Pensando sobre o trabalho psicoterapêutico em relação aos sentimentos, faz sentido acrescentar que os autores pontuam que:

“Uma das principais ênfases na Gestalt-terapia é a acentuação daquilo que existe, e este é também um dos meios básicos para lidar com o

sentimento. [...] A mera expressão do sentimento pode se tornar obsessiva e improdutiva se não for colocada no contexto correto. A terapia precisa romper as fronteiras desse sistema obsessivo. A tarefa terapêutica consiste em encontrar a cena correta e desenvolver a força de expressão que combina com a necessidade” (p.230-231).

Notamos, então, a importância do cuidado e do acolhimento dos sentimentos das mulheres para expressarem o que de fato sentem sobre como se sentem como gestantes.

Figura 5. Gestação: sentimentos desagradáveis

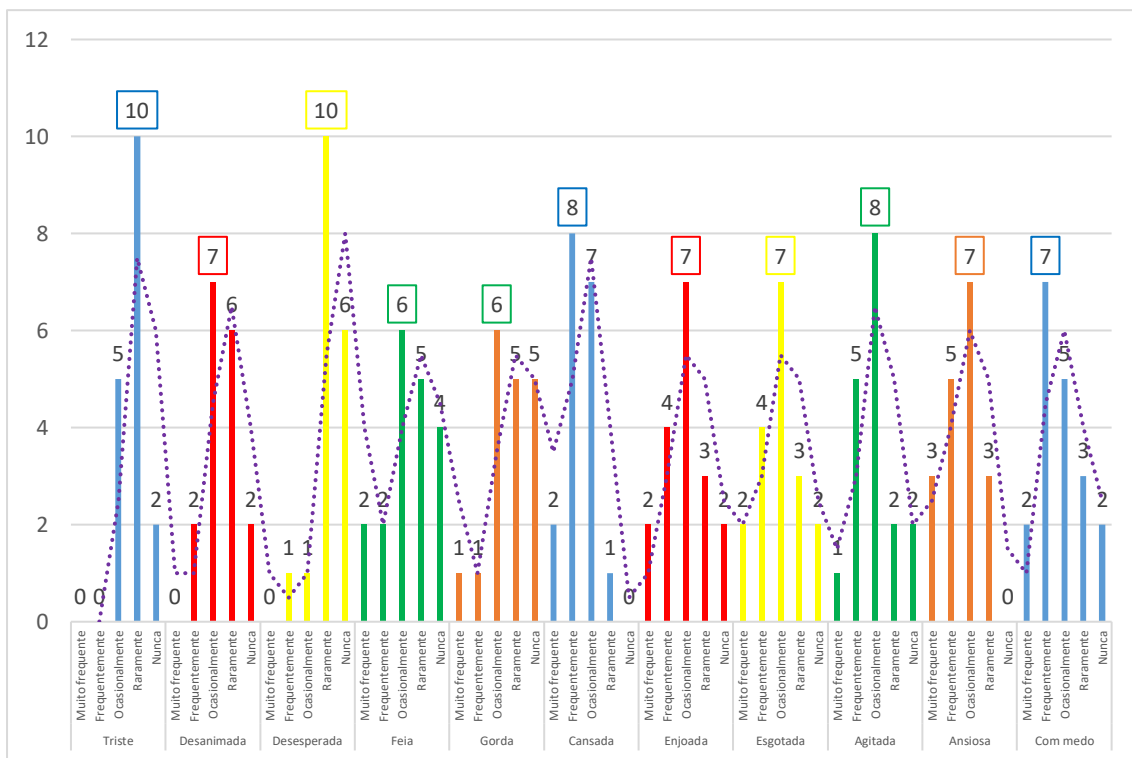
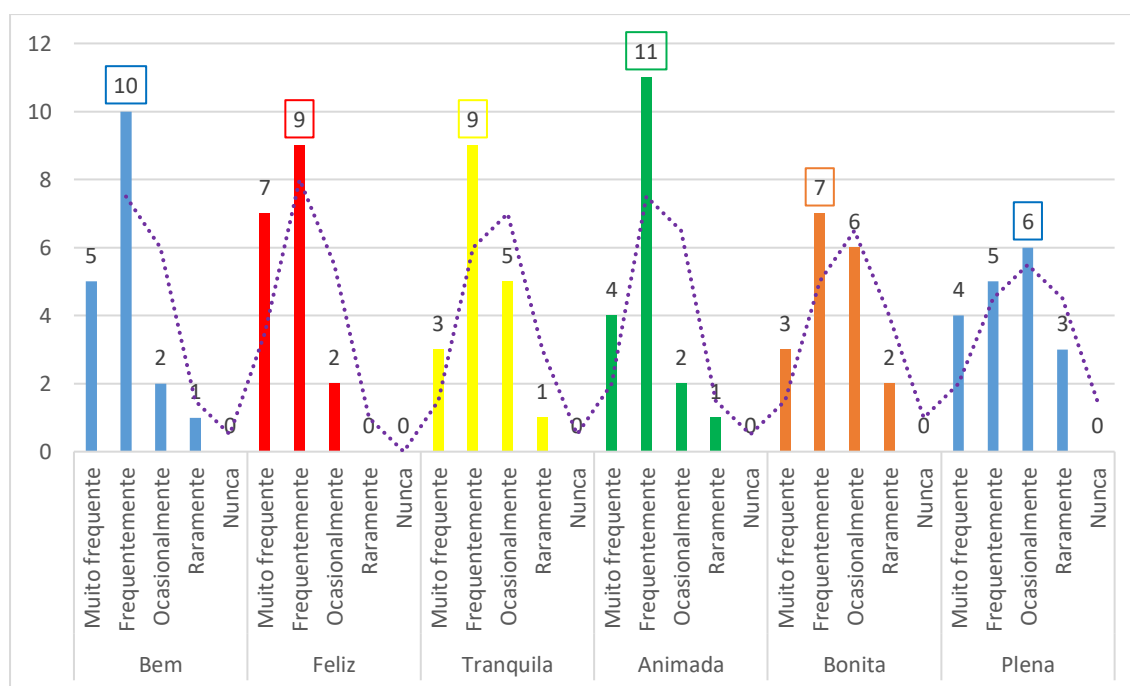


Figura 6. Gestação: sentimentos agradáveis



Na figura 5 observamos as intensidades de 5 para muita intensidade e 1 para pouca intensidade em relação aos sentimentos desagradáveis da gestação. Os sentimentos predominantes percebidos nas entrevistadas são de cansaço e medo frequentemente; de desânimo, de sentir-se feia, gorda, enjoada, esgotada e ansiosa ocasionalmente; e raramente tristeza e desespero.

Notamos que a mulher pode ter a percepção do gestar como uma experiência ótima e boa, e ao mesmo tempo se sentir triste, desanimada, desesperada, feia, gorda, cansada, enjoada, esgotada, agitada, ansiosa e com medo. Cabe ressaltar que o aparecimento desses sentimentos e sensações não são determinantes para que a experiência da gestação seja considerada ruim ou péssima.

O trabalho psicoterapêutico com essas mulheres, à luz da Gestalt-terapia, está, justamente, relacionado à ampliação de consciência e o entendimento de que podem surgir sentimentos desagradáveis na gestação. Principalmente quando pensamos no conceito de parte e todo, onde o todo (gestação) é feito de partes (experiência vividas em cada trimestre de gestação, por exemplo). A gestação é uma parte da totalidade que envolve a maternidade. Ribeiro (2016) escreve que o todo é diferente da soma de suas partes, e “parte-todo é a

relação existencial que revela a totalidade como uma unidade de sentido; de algum modo, desaparecem as partes e o todo se torna objeto para a consciência” (p. 156).

Quando pensamos sobre o impacto das transformações da maternidade para a saúde mental da mulher, precisamos analisar como as gestantes se percebem na sua totalidade enquanto ser mulher e estar grávida, no sentido de compreender de forma saudável o “como” e o “para quê” de determinadas reações, sentimentos e sensações. No sentido de entrar em contato e acolher esses sentimentos de tristeza, desânimo, desespero, sentir-se feia, gorda e/ou cansada, enjoada, agitada, ansiosa, com medo. Com a percepção de que podem surgir esses sentimentos desagradáveis sem o impacto adoecedor ou não sendo reações saudáveis ao processo do gestar, por ser uma fase, como já dita, transformadora do corpo e da mente da mulher.

Para Ribeiro (2016) contato inclui a experiência consciente do aqui-agora, é um processo que envolve o organismo como um todo, é o corpo-pessoa que sofre por inteiro a experiência do contato. A promoção da saúde mental materna, não só durante a gestação, está relacionada, então, aos processos de entrar em contato com as experiências e sentimentos agradáveis e desagradáveis da gestação, com a compreensão, pela ampliação de consciência de que o gestar é uma fase e que pode ser vivida de maneira saudável mesmo com as oscilações de sensações e sentimentos.

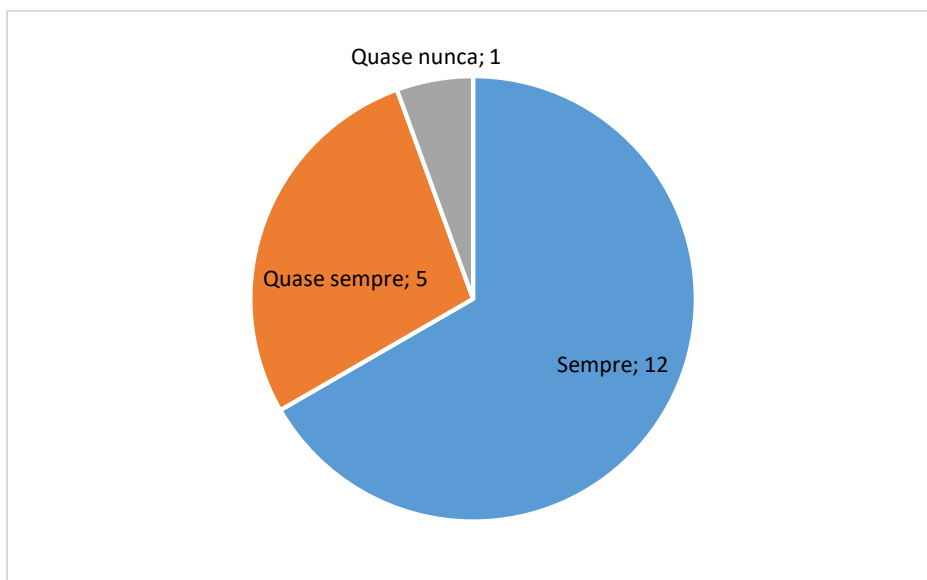
Em termos de sentimentos agradáveis ou positivos (figura 6), destaca-se a predominância, de sentimentos frequentes de estar bem, feliz, tranquila, animada, bonita. Podemos entender como o reflexo de que para algumas mulheres a gestação envolve sentimentos e sensações agradáveis e não somente desagradáveis.

Como podemos observar, existem algumas mulheres sentindo-se raramente bem, ocasionalmente feliz, raramente tranquila, animada, bonita e plena. O que nos faz perceber que são mulheres que precisam de acolhimento e escuta terapêutica sobre o contato com a realidade de não se sentir bem, bonita ou plena durante a gestação, uma vez que a maioria das mulheres se sentem assim, como forma de promoção de sua saúde mental.

O cuidado com a saúde mental dessas mulheres pode estar relacionado a essa introjeção do dever de estar sempre bem, ótima, plena, na condição de grávida e como consequência a culpa materna de não estar sentindo-se dessa maneira, mesmo gestando seu filho.

No processo psicoterapêutico o cuidado está em fortificar o EU dessa mulher para o entendimento da maneira como os sentimentos e sensações agradáveis e desagradáveis surgem, como uma acolhida e aceitação de si mesma. Para inclusive compreender as oscilações de seu humor, com objetivo de estar mentalmente saudável, mesmo com uma gestação complexa e muitas vezes até sem apoio emocional de sua rede, com o entendimento e consciência de seus introjetos tóxicos de se boa mãe e de ter que se sentir sempre bem desde a gestação.

Figura 7. Gestação: apoio emocional do pai



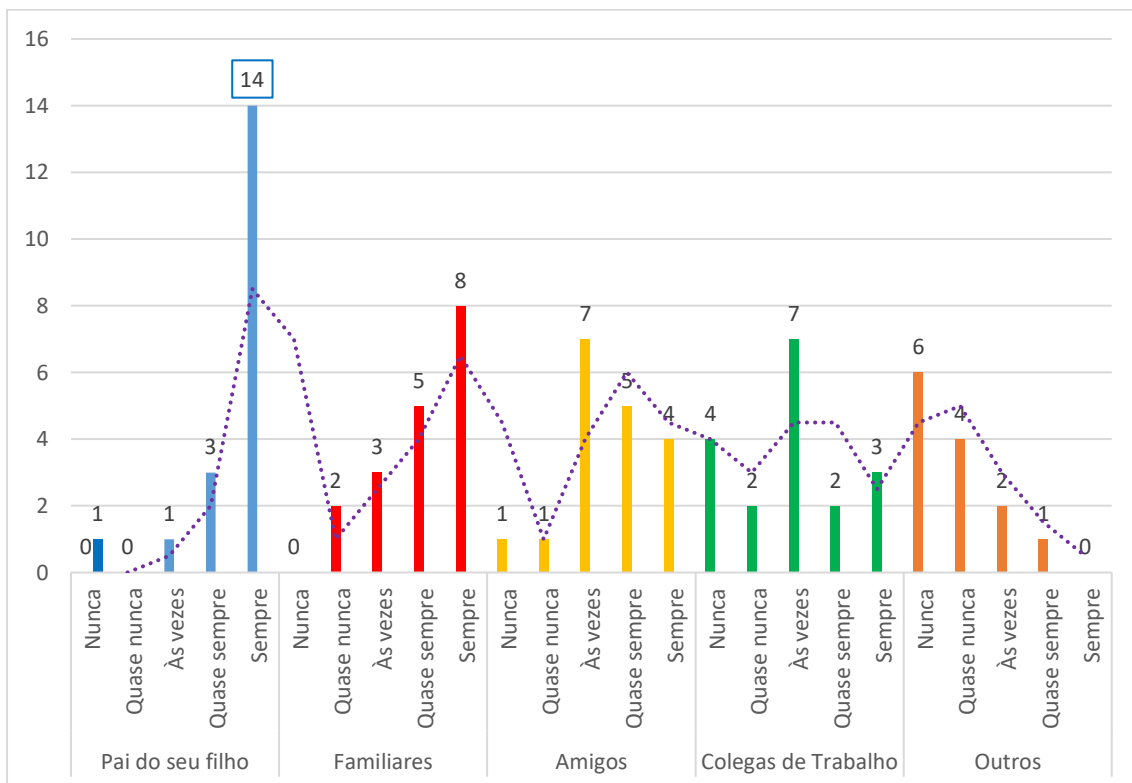
A figura 7 mostra a predominância de apoio emocional do (s) pai (s) do(s) filho(s), em que a maioria declara ter recebido o apoio emocional sempre ou quase sempre.

Receber o apoio emocional do pai de seu filho é importantíssimo para a saúde mental da gestante, tendo em vista todas as transformações de acontecem na mulher durante a gestação. Sobre isso, Raphael-Leff (2018) escreveu que na gestação ocorrem alterações no pensamento, alterando o sono, além de modificações corporais, nos hábitos alimentares, na forma de vestir-se, andar e até na forma de trabalhar.

E para aquelas mulheres que não recebem o apoio emocional do pai de seu filho, temos a necessidade do acolhimento da frustração por não receber esse apoio de alguém que poderia ser um companheiro na jornada do gestar e é o pai, a pessoa que mais deveria estar

presente. Quais são outros sentimentos que podem surgir a partir do não apoio emocional do pai de seu filho? Solidão? Tristeza? Desamparo? É necessário, portanto, a análise sobre sua rede de apoio, ou seja: quem poderia oferecer um suporte emocional para essa gestante? Caso não o tenha é importante que se acionem outras pessoas para formar essa rede de apoio, uma vez que pode ser mentalmente adoecedor para essa mulher estar sozinha, sem nenhum apoio emocional durante a gestação.

Figura 8. Gestação: rede de apoio.



A Figura 8 mostra uma coerência com o demonstrado na Figura 7, que apresenta que o pai do filho foi a rede de apoio mais frequente durante a gestação.

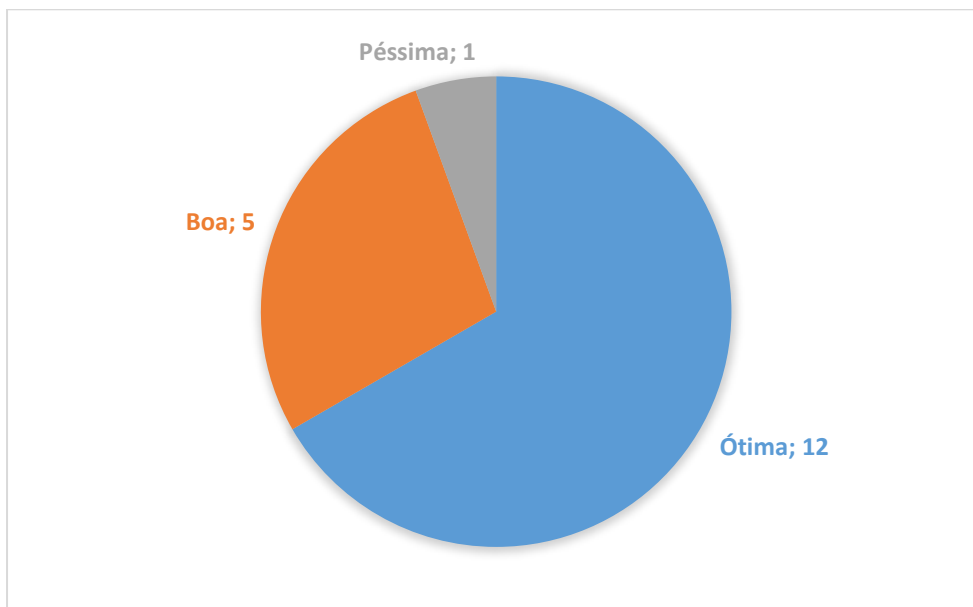
O que chama a atenção é a falta de apoio emocional dos colegas de trabalho e de outras pessoas além do pai do bebê, familiares e amigos próximos. Este fato pode ser frustrante para a gestante e ao mesmo tempo acolhedor por saber que pode contar com pessoas próximas como sua rede de apoio. Pode ser preocupante não receber apoio emocional dos colegas de trabalho por ser um ambiente em que a mulher passa boa parte de suas horas, fazendo necessário a compreensão de seus colegas de que ela está em uma fase de variáveis

transformações até mesmo de sua percepção, concentração e animo para o cumprimento das atividades laborais.

Cabe destacar o conceito de suporte como escreve Cardella (2016), “encontramos o termo ‘suporte’, na literatura gestáltica, intimamente relacionado às funções de contato e à fronteira de contato, considerados conceitos-chaves na teoria da Gestalt-terapia” (p.222). Perceber o suporte devido na gestação é dar oportunidade de a mulher estar em contato com um campo favorável para o desenvolvimento de uma gravidez saudável, no sentido de ter apoio nos momentos de medo, aflição, dores físicas e mentais, cansaço, fome, enjoo, sono entre outros. Com a possibilidade de ser cuidada e acolhida por sua rede de apoio, seja ela composta pelo pai de seu filho, familiares, amigos, colegas de trabalho ou outras pessoas.

Parto

Figura 9. Parto: percepção da experiência



Assim como na fase gestacional, no parto observamos a percepção boa e ótima para a maioria das mulheres, e apenas uma mulher relatou a percepção como péssima (figura 9). Esta percepção envolveu elementos tais como: a forma do parto, se estava ou não com a presença de sua rede de apoio, se foi um parto sem riscos para mãe e para o bebê, por exemplo.

Da mesma forma, faz-se necessário o trabalho psicoterapêutico com essa mulher que se tornou mãe e tem a percepção de que o parto foi uma péssima experiência. No sentido de cuidado, busca de sua autorregulação e ampliação de consciência para sua vivência do parto. É no trabalho psicoterapêutico que ela terá um espaço de fala, de expressão de seus sentimentos e sensações para essa fase. Como forma de entrar em contato com sua experiência, dores e sofrimentos.

Figura 10. Parto: intensidade de sentimentos desagradáveis

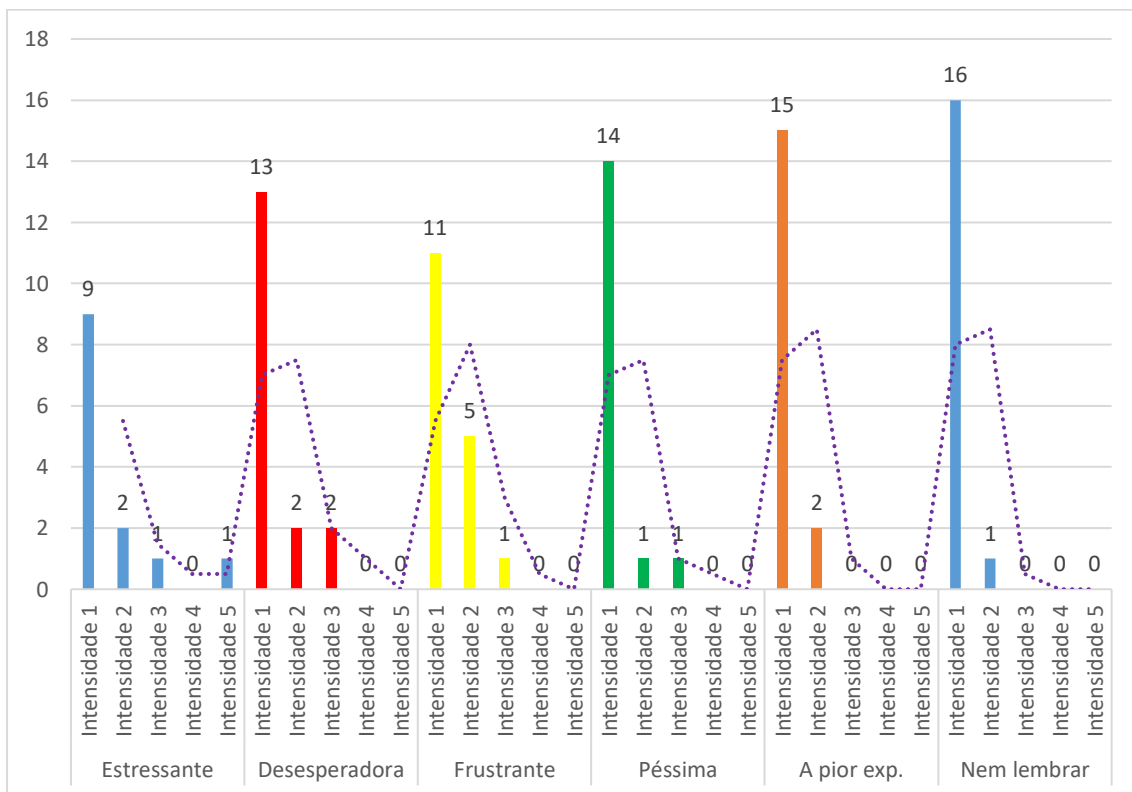
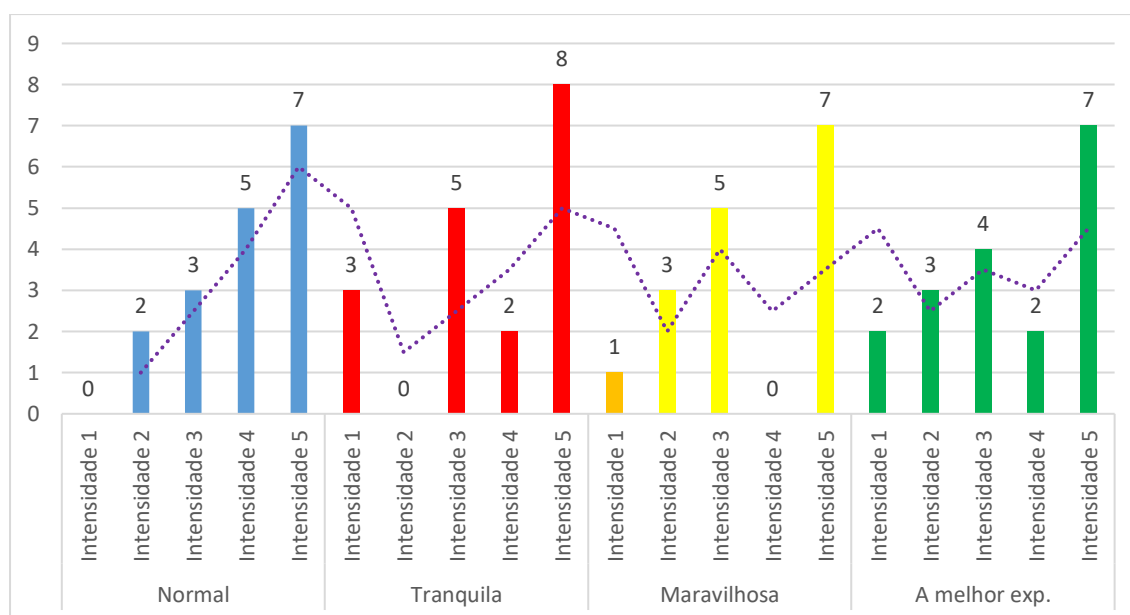


Figura 11. Parto: intensidade de sentimentos agradáveis



A figura 10 apresenta as intensidades dos sentimentos desagradáveis do parto. Indicando 1 para pouca intensidade e 5 para muita intensidade, com a predominância de baixa intensidade para sentimentos como estresse, desespero e frustração, além de ser observado a maioria entendendo como o parto não sendo uma experiência péssima ou a pior experiência que nem gosta de se lembrar. Já a figura 11 apresenta a intensidade elevada para sentimentos agradáveis como uma experiência normal, tranquila, maravilhosa e a melhor, para a maioria das mulheres. E para algumas foi o oposto desses sentimentos.

As Figura 10 e 11 corroboram com a percepção geral (figura 3) de que o parto foi uma experiência boa, uma vez que, os sentimentos desagradáveis foram predominantemente classificados com baixa intensidade.

Assim como pontuou Gutman (2010) quando relatou sobre a experiência constrangedora e traumática que pode ser o momento do parto para algumas mulheres, necessita ser uma experiência com a mínima dignidade e o respeito fundamental tanto para a mulher como para seu bebê. Para outras mulheres que vivenciaram este momento de maneira menos sofrida e mais tranquila, foram mais propícias de relatarem sentimentos agradáveis.

Como lembrou Maldonado (2017) escrevendo que o comportamento da parturiente no parto reflete as características pessoais de cada mulher, uma vez que o parto é um momento imprevisível e desconhecido sobre o qual não se tem controle. Pontuou, ainda, que o parto provoca mudanças intensas, com a transformação do esquema corporal, cuja a involução é rápida em comparação as modificações graduais da gestação.

É importante a compreensão sobre como se transcorreu o momento do parto, se houve acolhimento e respeito necessários ao nascimento do bebê, provendo formas de diminuição do estresse, apoio às decisões da mulher sobre o tipo de parto, suporte para as dores do parto, para não ser transformado em uma experiência traumatizante e com a possibilidade de ser a pior experiência de sua vida.

É necessário o entendimento sobre o que aconteceu para que o parto não tenha sido uma experiência tranquila, como aconteceu para algumas mulheres. Não é que precise ser o momento mais maravilhoso de todos, mas que seja um momento com dignidade e respeito, transcorrido de maneira saudável e natural, independentemente do tipo de parto.

Outro ponto importante e talvez fundamental é a repercussão do contexto assistencial no processo do parto. Maldonado (2017) observou que o descontrole, o pânico e até mesmo as alterações da contração uterina no trabalho de parto, decorrem de uma assistência precária e negligente, que não protege, não acolhe e até maltrata a parturiente. A autora citou o estudo de McKay (1991), quando pontuou sobre a assistência profissional influenciar o curso psicossomático do trabalho de parto, sendo necessário pensar-se sobre a extensão do controle e das escolhas que a mulher pode exercer e fazer, por exemplo na posição em que prefere estar enquanto sente as contrações do trabalho de parto e no período expulsivo. O parto é, então, um processo psicossomático em que as características são determinadas por diversos fatores do contexto sócio-histórico-cultural, da individualidade da mulher e do contexto assistencial. E precisa ser destacado que as características pessoais de cada mulher vão refletir na conduta durante o parto, bem como os diversos tipos de parto, também exercem diferentes impactos na parturiente.

O trabalho psicoterapêutico, por exemplo, provendo formas de prevenção aos agravos e promoção em saúde mental para a mulher mãe, pode estar relacionado a ampliação de consciência para a vivência do parto, experiência única, individual e subjetiva, no qual cada mulher experimenta o momento do parto de seu filho de maneira diferente, sem regras, com a possibilidade de vivência real, tal qual como de fato aconteceu. Proporciona espaço de fala

sobre a experiência de parto já vivida ou que ainda está por vir, entrando em contato e propondo formas de ajustamentos criativos para suas frustrações, inseguranças, medos, aflições, ansiedades e transformações.

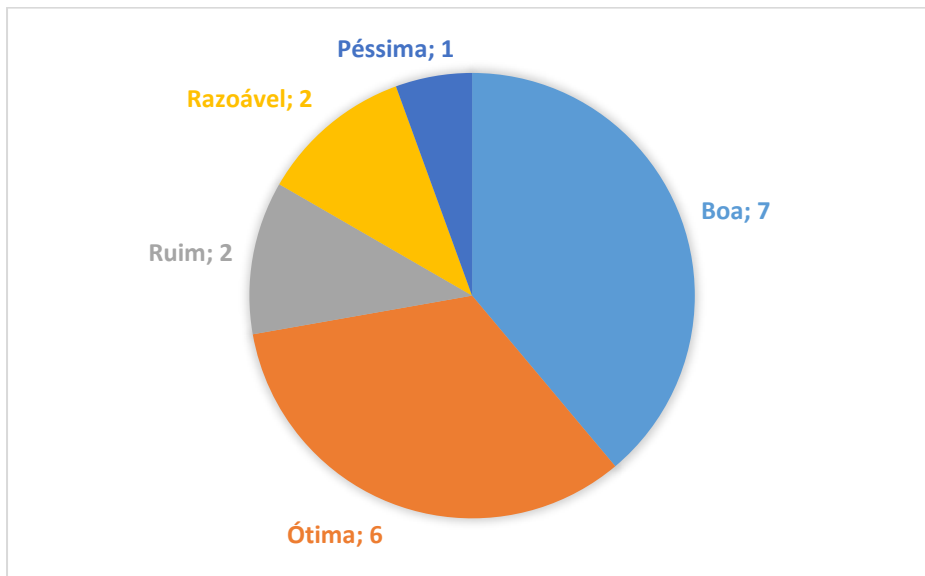
Na entrevista com as participantes, a pergunta sobre o respeito a escolha quanto ao tipo de parto pela equipe médica, as respostas foram em sua maioria que sim, e com uma participante declarou que não teve **respeitada sua escolha** quanto ao tipo de parto pela equipe médica. Refletindo que mesmo depois de toda a modernização e humanização da obstetrícia, ainda é possível se ter partos não humanizados e sem o devido respeito ao direito de escolha da parturiente.

Todas as participantes relataram que não foram privadas de estarem **acompanhadas por uma pessoa de confiança** no momento do parto. Outro dado importante sobre a experiência vivida no momento do parto, em que a presença de alguém de sua confiança precisa ser respeitada para que a mulher sinta segura e acolhida. Uma vez que o Ministério da Saúde no Brasil preconizou que a mulher tem o direito de ter acompanhante durante o trabalho de parto como determina a Lei nº. 11.108 de 2005.

A importância de se ter a presença de alguém de sua confiança no momento do parto vai muito além do que uma propositura legal, é uma forma de prevenção de agravos e forma de promoção de saúde mental materna. Uma vez que o apoio emocional durante as fases do parto: primeiros sintomas de trabalho de parto, a internação hospitalar (no caso de parto em casa, a preparação do ambiente para o parto), o processo de dilatação vaginal para a passagem do bebê, o período de transição pré-expulsivo (em que o bebê está apoiado no assoalho perineal), o período expulsivo e o nascimento, são momentos de grandes oscilações de humor, de sentimentos e de sensações. Tornando-se fundamental o cuidado da equipe de saúde e do acompanhante para oferecer a parturiente um ambiente mais tranquilo, respeitoso e saudável possível. Com o auto acolhimento e apoio de sua rede para o surgimento de sentimentos agradáveis e desagradáveis, e entendimento de que são formas reativas ao processo do parto que envolve dor, desconforto, exposição corporal, medicações e procedimentos invasivos, frustrações, preocupações, ansiedades, alegrias, plenitude, entre outros.

Pós-parto imediato (1º ao 10º dia do nascimento do bebê)

Figura 12. Pós-parto imediato: percepção da experiência



Observamos na Figura 12 que a percepção da experiência no pós-parto imediato é mais variada do que no parto, com relatos de vivência predominantemente boa (7) e ótima (6), mas com a presença de experiências ruim (2), razoável (2) e péssima (1).

Quando Maushart (2006) escreveu sobre a romantização do pós-parto imediato, com as culpas e fantasias de cada mulher, podemos perceber que de fato cada experiência de parto e pós-parto é única para cada mãe e seu bebê. A autora destacou a importância de compreender como essa mãe que acabou de receber seu filho nos braços vivenciou esse exato momento e como foi a experiência de estar com o bebê fora de sua barriga pela primeira vez. A autora inclui a compreensão de como foi seu próprio respeito e acolhimento para entender que o vínculo com seu filho será desenvolvido ao longo de seu crescimento e não exatamente no momento em que os dois se conhecerem, sem romantizar de maneira exagerada esse instante de sensíveis sentimentos e sensações.

Esta é a base da necessidade de analisarmos como foi a percepção de seu campo no momento do parto e pós-parto. Para Ribeiro (2016), o campo é concebido como “uma totalidade de fatos que afetam diretamente o comportamento, mas só são considerados campo os fatos que podem influir no comportamento, em determinado momento” (pág. 83), como no

caso do pós-parto imediato, no qual o campo é constituído de fatos interdependentes que estão acontecendo aqui e agora.

A promoção da saúde mental da mulher no pós-parto imediato, ou seja, quando a experiência já foi vivenciada e ela precisa lidar com as emoções nem sempre agradáveis e/ou saudáveis, pode estar relacionada à ampliação de consciência sobre seu aqui-agora, e sobre entrar em contato com esses sentimentos. Na escuta terapêutica é importante acolher o relato da vivência de pós-parto, a partir de como foi para ela a experiência do parto e do pós-parto, quais as interferências para não ter sido uma experiência saudável, ou quais são os introjetos para que não que tenha entendido como uma experiência ótima ou boa.

Assim como escreveu Maldonado (2017), após o parto a mãe se dá conta de que o bebê é outra pessoa, não está mais o gestando, e é preciso que a mulher elabore a perda do bebê imaginário para entrar em contato com o bebê real. Ou seja, faz-se necessário uma ampliação de sua consciência e mudança de visão de mundo para a diferenciação do eu-mãe e do eu-bebê.

Dessa forma, é preciso analisar a realidade atual da mulher mãe nessa fase de pós-parto, uma vez que como destacou Soifer (1980), ela passou por muitas ansiedades até finalmente conseguir adaptar-se ao estado de gravidez, e que conseguiu “incorporar o feto como parte de seu esquema corporal, ao mesmo tempo que se acostumara ao diferente ritmo metabólico, hormonal e fisiológico, deverá passar por um novo processo de adaptação, desta vez de retorno à situação comum de não gravidez” (p.51).

Sendo assim, mesmo para aquelas mães que perceberam a experiência do parto e pós-parto como ótima ou boa, é importante o cuidado de se ter o entendimento de que elas passaram por de um estado de perda (da barriga de grávida, de estar gestando seu filho) para a passagem a outro estado, de crescimento e desenvolvimento de seu bebê, fora do corpo materno, que pode ser um momento que provoca reações profundas de ansiedade na mulher.

A linha entre o normal e o patológico é, por vezes, difícil de ser determinada, como no caso da depressão pós-parto, por exemplo. É essencial, então, que a mãe receba o cuidado e a atenção necessários para que a intensificação e a permanência dos sintomas depressivos nas semanas seguintes ao parto, possam ser analisadas e acolhidas.

É importante destacar que a lista a seguir são situações distintas, intensas e sobrepostas, com passíveis de múltiplas sensações e sentimentos: a) o momento do trabalho

de parto e o expulsão do bebê, e como foi a experiência vivenciada para cada mulher, se se sentiu segura, acolhida, respeitada, não negligenciada e maltratada; b) o pós-parto imediato e como a mulher se sentiu e está a partir da experiência do parto; e c) o pós-parto imediato e contato com o bebê, seu filho, fora de sua barriga, com o fim natural da gestação e início da vivência a dois.

São momentos essenciais de compreensão, acolhimento e escuta terapêutica, para que a mulher mãe consiga entrar em contato com os sentimentos e sensações de cada um desses momentos, tendo a oportunidade de vivenciar cada uma dessas etapas, de maneira mais respeitosa e saudável possível. Com a ampliação de consciência e entendimento de que estar mentalmente saudável nesses momentos (incluindo a gestação) é fundamental para que se tenha um puerpério igualmente saudável, bem como os meses e anos seguintes do crescimento e desenvolvimento de seu filho.

Observamos, então, a necessidade fundamental do trabalho psicoterapêutico para que essas mulheres mães tenham um espaço de fala sobre como vivenciaram as fases do maternar até aqui citadas – gestação, parto e pós-parto.

A prevenção de agravos e a promoção da saúde mental da mulher mãe, a partir do trabalho psicoterapêutico a luz da Gestalt-terapia acontece para que a mulher entre em contato com o vivido nessas fases, entenda o que aconteceu, perdoe-se, acolha-se, sinta-se respeitada e acolhida, tenha a oportunidade de autorregulação, de ampliação de consciência para seus ajustamentos criativos de enfrentamento do pós-parto.

Para Mendonça (2016), no livro *Dicionário de Gestalt-Terapia*, o ajustamento criativo é um conceito que descreve a natureza do contato que cada pessoa mantém na fronteira do campo organismo/ambiente, objetivando a autorregulação. No ajustamento saudável o poder da criatividade é entendido como a posse pela mulher mãe da aptidão de orientar-se pelas novas exigências das circunstâncias, com a possibilidade do surgimento de ações transformadoras. Sendo assim, o contato é sempre uma novidade e a autorregulação precisa de ampliação de consciência para a situação, para que se possa buscar estratégias adaptativas para as situações vividas no aqui e agora e que serão vividas no futuro próximo.

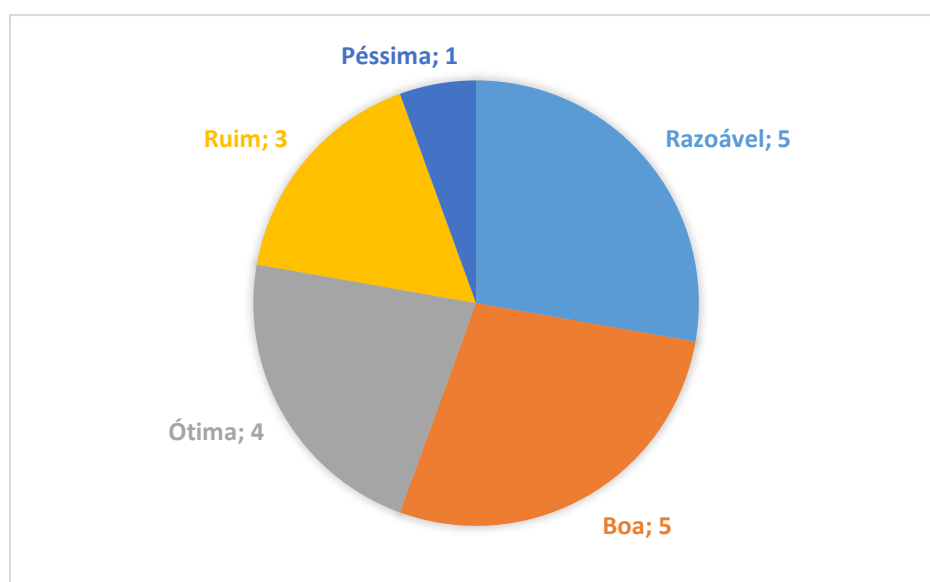
A necessidade de ajustar-se criativamente é fundamental para a autorregulação da mulher mãe e está relacionada à possibilidade de estar mentalmente saudável para as próximas fases da maternidade, com o desenvolvimento de seu auto suporte.

Puerpério

É dividido em três períodos: pós-parto imediato do 1º ao 10º dia; pós-parto tardio do 11º ao 45º dia e pós-parto remoto após os 45 dias, com término imprevisível.

Para o puerpério, notamos maiores variações de respostas para percepção de uma experiência razoável e boa, e ainda presente péssima e ruim, como mostra a figura 13.

Figura 13. Puerpério: percepção da experiência



Observamos na figura 13 uma queda em relação às fases anteriores (gestação e parto), com a predominância de vivência razoável (5) e boa (5); e vivência ótima (4) em menor número. Três participantes declararam que a experiência foi ruim, e uma declarou experiência péssima.

Quando pensamos no impacto das transformações da maternidade para a saúde mental da mulher, uma das principais questões necessárias de compreensão e estudo é o período do puerpério. Como descreveu Maldonado (2017), o puerpério é um período de transformação, com novas mudanças fisiológicas, consolidação da relação mãe e filho, além de grandes modificações da rotina e do relacionamento familiar.

É no puerpério que as mulheres estão mais vulneráveis ao aparecimento de sentimentos e sensações desagradáveis, o que se reflete nas respostas das participantes

quando percebem que suas experiências nessa fase do materno foi ou é vivenciada de maneira péssima e ruim ou boa e ótima, a depender a visão de mundo de cada uma sobre esse período e de seu campo.

Para Ribeiro (2016),

“A palavra ‘campo’ é um dos construtos mais usados na abordagem gestáltica e também clínica, para explicar melhor o processo terapêutico. [...] Não podemos visualizar o construto campo, mas precisamos compreendê-lo como algo que constrói uma unidade de sentido, uma Gestalt e que torna compreensível determinado conteúdo, que abrange todos os elementos, que aqui-agora, estão presentes na realidade da pessoa, influenciando-a” (p. 83-84).

O cuidado com a saúde mental das mulheres mães está relacionado ao auto acolhimento, autorregulação e percepção de seu campo, de seu aqui-agora na experiência individual no puerpério, com a busca de ampliação de consciência para o fato de que é um período transitório e que pode ser vivenciado de maneira saudável, com qualidade de vida, mesmo com todas as transformações em seu corpo e sua mente. Não precisa ser sofrido ou desagradável, péssimo ou ruim. E se assim for percebido há a necessidade de maior compreensão e reflexão das razões de ser entendido dessa maneira.

Figura 14. Puerpério: frequência de sentimentos desagradáveis

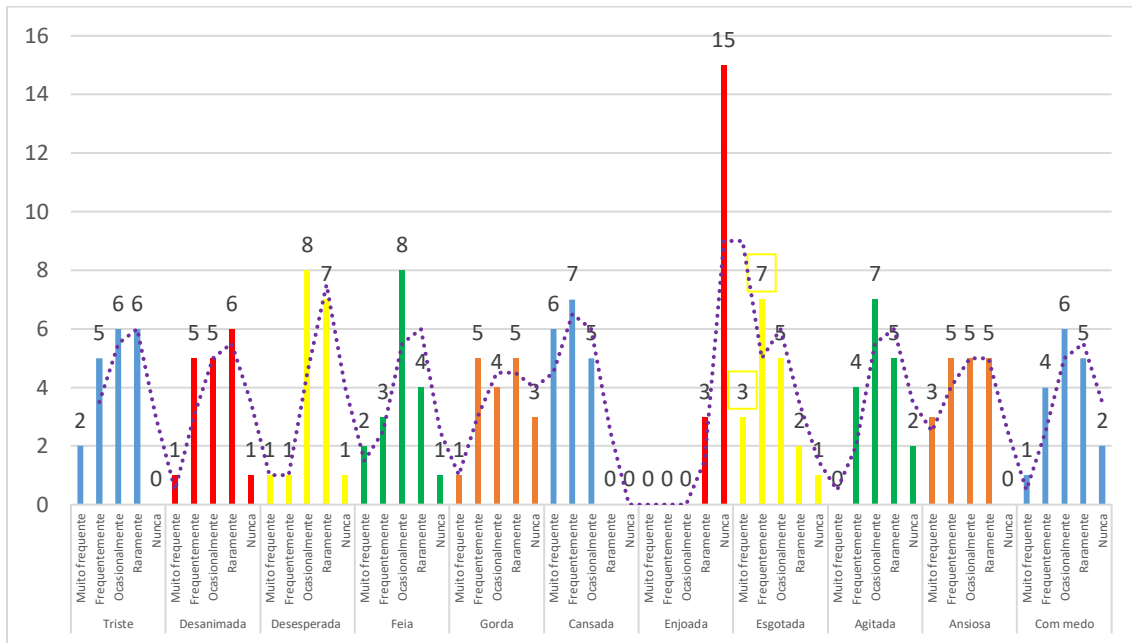
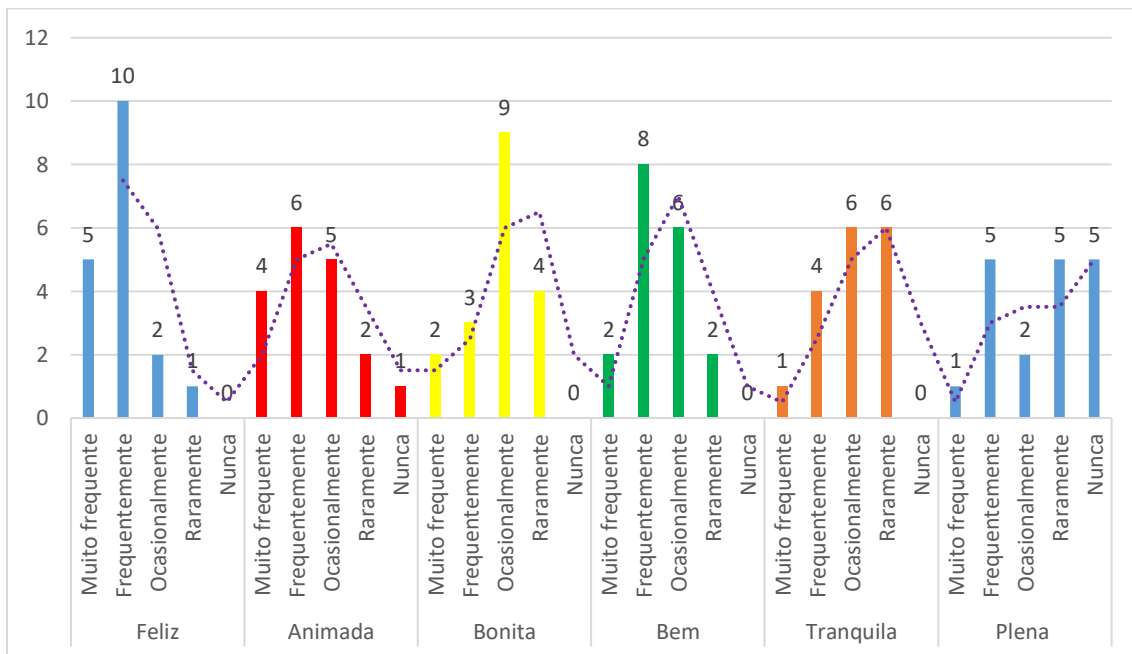


Figura 15: Puerpério: frequência de sentimentos agradáveis



Na figura 14 observamos que sentimentos desagradáveis de tristeza, desânimo, desespero, sentir-se feia, gorda, sensação de cansaço, agitação, ansiosa e medo são

percebidos de maneira ocasionalmente, com destaque para sentir-se gorda, esgotada, agitada e ansiosa como percebidos também de forma frequente.

Ao analisarmos os sentimentos desagradáveis que são percebidos no período do puerpério, conseguimos identificar alguns pontos que podem impactar na saúde mental materna, fazendo parte das transformações da maternidade para a mulher. Entendo que o puerpério pode durar além dos 45 dias após o parto, é necessário que as mulheres tenham algum ponto de promoção a sua saúde nesse período de grande oscilação de humor. Esta promoção de saúde precisa ser efetivada no sentido de buscar entrar em contato com esses sentimentos desagradáveis, com acolhimento e entendimento de serem percebidos, também, como reações a essa fase do materno. O materno é importante por ser um período de adaptação do corpo e da mente da mulher que antes estava gestante e agora vivencia os primeiros dias de cuidados da vida de seu filho.

Na figura 15 observamos os sentimentos agradáveis, e mostrou-nos que o puerpério é percebido como uma fase feliz de forma ‘muito frequente’ e ‘frequente’, tanto quanto ‘ocasionalmente’ e ‘raramente’. Perceber-se animada e plena são as únicas percepções que aparecem como ‘nunca’. Sentir-se bonita aparece em sua maioria como ‘ocasionalmente’, ‘muito frequente’, ‘frequente’ e ‘raramente’. O sentir-se bem aparece ‘muito frequente’, mais acentuada forma ‘frequente’, ‘ocasionalmente’ e ‘raramente’. Perceber-se tranquila destaca-se para ‘ocasionalmente’ e ‘raramente’. E por fim, sentir plena é percebido com uma oscilação entre ‘frequentemente’, ‘raramente’ e ‘nunca’. Ou seja, dentre os sentimentos agradáveis podemos analisar que a mulher pode perceber-se feliz com frequência e ao mesmo tempo apenas ocasionalmente, e raramente tranquila ou animada.

Para um movimento de prevenção de agravos à saúde mental materna podemos pensar sobre a transmissão da informação que as mães, especialmente no puerpério, podem oscilar entre sentimento de tristeza e alegria, estar animada e desanimada, sentindo-se bonita e feia, em alguns momentos bem e outros esgotada, desesperada, agitada, ansiosa e com medo, assim como em outros sentir-se tranquila, plena. Esta informação está coerente com o que destacou Maldonado (2017) sobre a labilidade emocional característica após o parto, surgimento de euforia e depressão em alternância de sua intensidade.

A médica e psicanalista Soifer (1980) destacou em seu livro que quando mulher mãe apresenta um estado de melancolia intensa no período do puerpério:

“Consideramos que se deve solicitar apoio psicoterapêutico imediato, quando os sintomas se apresentam de forma aguda e não desaparecem dentro do prazo razoável. É necessário levar em conta que a maternidade constitui para a mulher uma fonte básica de saúde mental. A mãe que sente ter fracassado em sua tarefa e que não consegue relacionar-se convenientemente com os filhos, experimenta uma enorme dor que chega a ser intolerável. Também observamos o aparecimento de várias inclinações viciosas e toxicomanias instalados no transcurso de puerpérios conflituos. Nesse caso, a droga e o álcool são meios pelo qual se procura aliviar a dor” (p. 74).

Mais uma vez podemos pensar na autorregulação que é fundamental para o enfrentamento do puerpério de forma saudável, em que as mulheres mães vivem em estado permanente de tensão entre ordem e desordem, entre equilíbrio e desequilíbrio.

É necessário a promoção da autorregulação, uma vez que como pontua Ribeiro (2016), o instrumento de manutenção da vida é a autorregulação do organismo no mundo a partir dele. Completando que cada pessoa se autorregula conforme a necessidade do próprio organismo, aqui-agora.

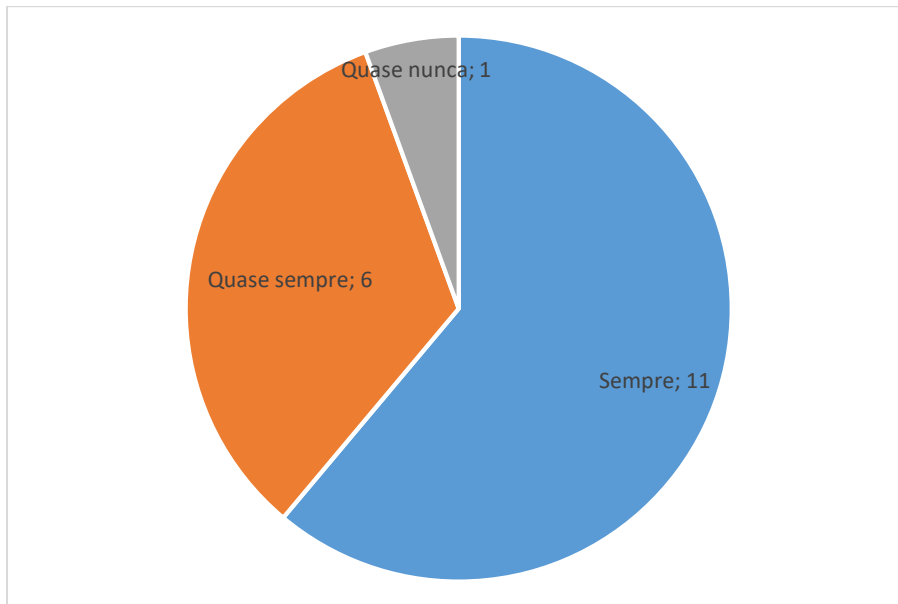
Segundo o autor:

“O conceito de autorregulação está intimamente ligado aos conceitos figura-fundo e parte-todo, como fenômeno nos que confrontam a relação de totalidade orgânica no mundo. Autorregular-se significa respeitar a totalidade funcional do organismo, significa olhar-se e comporta-se como um todo organizado e eficiente, significa privilegiar as necessidades que gritam dentro de nós para ser saciadas ou satisfeitas, significa amar o corpo como a casa na qual habitamos, significa prestar atenção aos infinitos pedidos de socorro que o corpo emite e pensar que o alimento pode ser encontrado, sempre dentro da própria pessoa, sem perder seu aspecto relacional no mundo” (p. 56).

É, então, importante para a saúde mental das mulheres mães buscarem a sua autorregulação entre os sentimentos agradáveis e desagradáveis, no sentido de auto acolhimento de ambos os sentimentos que são legítimos para um período cercado de transformações. Estamos falando de uma mulher que estava grávida, passou pelo parto e

agora segue sua maternidade, com o corpo e mente em processo de involução da gestação, ou seja, a mulher agora segue a sua vida tendo que lidar com o corpo do pós-parto, seu filho nos braços e seguindo com seus cuidados de mãe, somado as atividades individuais, organização de casa, manutenção de seus relacionamentos pessoais e experiências de autocuidado.

Figura 16. Puerpério: apoio emocional do pai



A Figura 16 destaca a presença do apoio emocional do pai na maioria das participantes da pesquisa. E temos uma resposta para ‘quase nunca’ perceber o apoio emocional do pai de seu filho. Entendemos que a ausência desse apoio, sendo do também genitor pode proporcionar sentimentos como frustração e solidão, por exemplo, como impacto na saúde mental da mãe.

O entendimento da possível frustração dessa mulher mãe em não ter o apoio emocional do pai de seu filho, faz-se a partir da própria conceituação, como escreve Pinheiro (2016):

“Frustração é uma tensão que faz parte do desenvolvimento das relações do ser humano com seu contexto social, inclusive da relação terapêutica. Surge nas situações do dia a dia, no contato com o mundo que nos rodeia, nos momentos em que não conseguimos ser satisfeitos

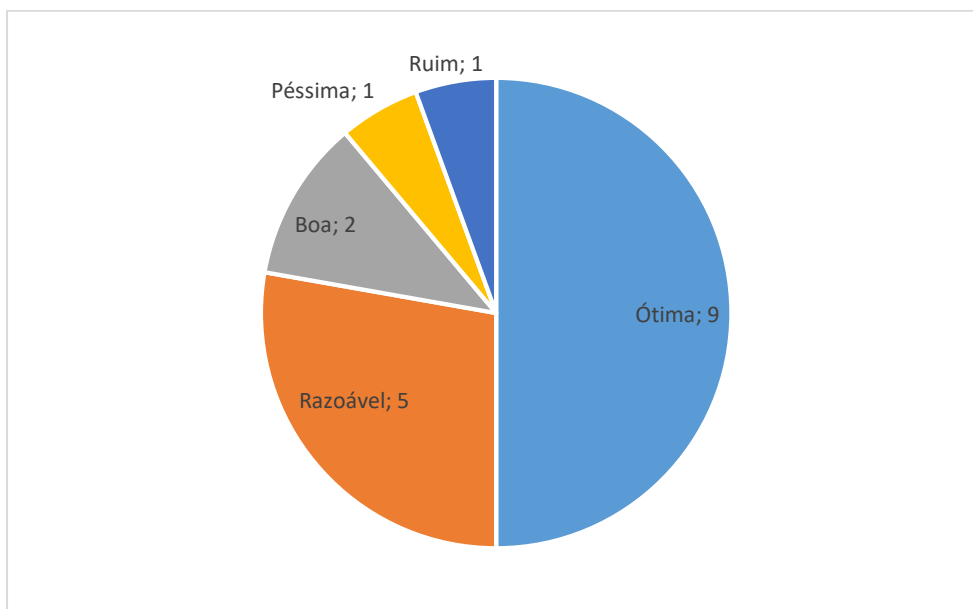
em nossos desejos e necessidades. [...] As dificuldades surgem quando a vivência da frustração gera ansiedade além do que o indivíduo consegue suportar” (p. 123).

Notamos a importância da ampliação de sua rede de apoio para enfrentamento de maneira saudável por esse período, uma vez que, como foi analisado as oscilações de humor, sentimentos agradáveis e desagradáveis são consideráveis no puerpério, o que adicionalmente reforça a importância do apoio emocional para essa fase para a promoção da saúde mental dessas mães.

Lactação

É importante destacar que das 18 mães participantes da pesquisa, apenas uma não **amamentou ou amamenta** o (a) filho (a) com o leite materno.

Figura 17. Lactação: percepção da experiência



A Figura 17 mostra que a experiência de lactação é positiva, para nove mães com vivência ‘ótima’, e para duas mães considerando a vivência ‘boa’. Sete mães consideraram a vivência ‘razoável’ (5), ‘ruim’ (1) e ‘péssima’ (1).

Gutman (2010) destacou que algumas mulheres relatam experiências de não prazer em amamentar, sendo então necessário estar emocionalmente disponível para alimentar seu filho com o leite materno, o que pode proporcionar um desequilíbrio emocional e físico. Observamos que há necessidade, mais uma vez, do cuidado com a autorregulação e ampliação de consciência para a vivência saudável desse período, com suas transformações, privações e cuidados.

Cabe ressaltarmos que o olhar para amamentação com o leite materno é uma construção sócio-histórica e cultural, com interferências da religião, da ciência e das políticas públicas. Sendo assim, é preciso compreender que a relação da mulher mãe com o período de lactação é vivenciada como uma experiência individual e subjetiva.

Podemos analisar, ainda, que cada percepção da experiência como lactante vai variar a partir de como deu-se a pega do mamilo, a quantidade de leite, se ocorreram feridas e inflamações, se conseguiu estar em um ambiente seguro e tranquilo para o amamentar, se a mãe foi devidamente instruída sobre as dificuldades e a maneira mais saudável para a amamentação. Observamos nas figuras 18 e 19 as respostas para a percepção dos sentimentos desagradáveis e agradáveis respectivamente.

Figura 18. Lactação: intensidade de sentimentos desagradáveis

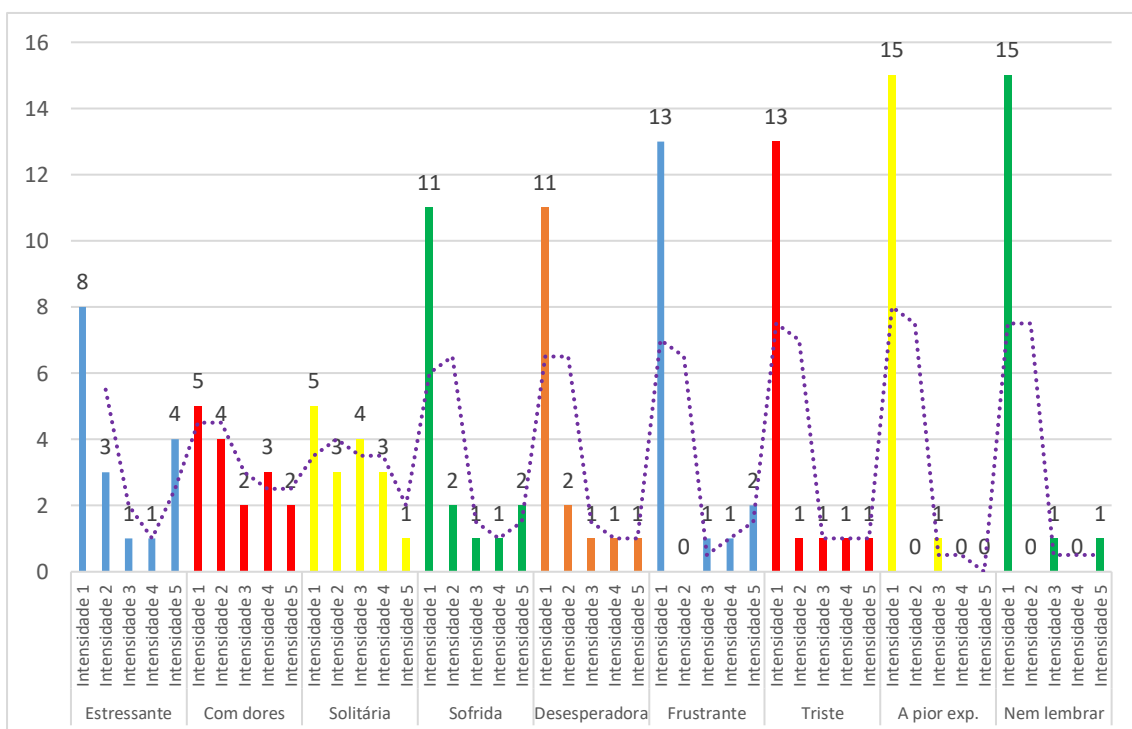
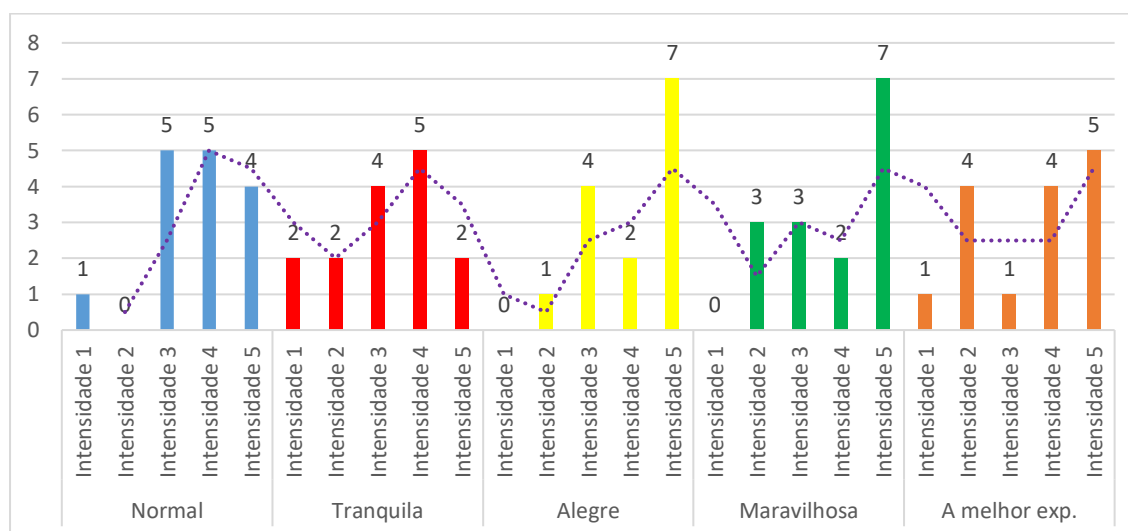


Figura 19. Lactação: intensidade de sentimentos agradáveis.



Analisando a lactação, que assim como nas outras fases da maternidade, é um momento de transformação para na vida das mães, precisamos refletir sobre as respostas para a percepção do amamentar como uma experiência categorizada como ‘péssima’ ou ‘ruim’. Uma vez que, ao analisarmos os sentimentos desagradáveis (Figura 18) não notamos intensidade 5 (muito intenso) para percepção de ser ‘sofrida’, ‘desesperadora’, ‘frustrante’, ‘triste’, ‘a pior experiência’ e ‘não gostando nem de lembrar’. O que observamos é que existem mães que percebem essa fase como sendo estressante, com dores e solitária, por exemplo.

Quando refletimos sobre a prevenção de agravos em saúde mental materna, faz-se necessária a percepção de que para algumas mulheres é uma experiência vivida de maneira normal, tranquila, alegre, maravilhosa, a melhor experiência (Figura 19), e que existem outras mães que a percebem como um momento intenso com mais sentimentos desagradáveis do que agradáveis. Consideramos que é parte do imaginário coletivo e romântico apresentado nas pinturas e filmes, por exemplo, de que o ato do amamentar com o leite materno é necessariamente maravilhoso e mágico. Faz-se necessário ainda, o acolhimento e escuta terapêutica para as mães que não passaram pela fase de lactação, amamentando seus filhos com leite artificial.

Maldonado (2017) pontuou que as emoções afetam a lactação por mecanismos psicossomáticos específicos: “calma, confiança e tranquilidade favorecem um bom

aleitamento; medo, depressão, tensão, dor, fadiga e ansiedade tendem a provocar o fracasso da amamentação” (págs. 143-144).

Dessa forma, podemos pensar sobre a promoção da saúde mental materna em relação, inclusive, a essas mães que não amamentaram seus filhos com o leite materno. Com o contato, por exemplo, de possíveis reações como frustração e tristeza pela falsa compreensão de incapacidade de maternar de maneira saudável seu filho por não poder oferecer o seu leite materno.

Apresentamos novamente o conceito parte e todo para provocar a ampliação de consciência que a lactação é uma das partes que formam a totalidade do maternar, e que amamentar o filho com o leite materno ou com outro leite é um ato de amor e envolvente com seu filho.

Faz-se necessário como forma de promoção da saúde mental materna o apoio à amamentação. Como escreveu Maldonado (2017) que a lactação não é apenas um processo fisiológico de alimentar o filho, é uma oportunidade de aprofundar o contato, no qual cada mamada é um encontro pele com pele em que o afeto se expressa pela troca de olhares. E é justamente pela oportunidade de maior envolvimento e aprofundamento afetivo que faz com que a lactação seja vivenciada como uma forma tão assustadora para algumas mulheres.

É importante que essas mulheres mães sejam acolhidas, esclarecidas suas dúvidas, sejam munidas de informações e apoio, tanto por parte da equipe de saúde como por sua rede de apoio social. Assim, o ato de amamentar seu filho seja com o leite materno ou com o leite industrial/farmacêutico (artificial), pode ser vivenciado de maneira saudável, prazeroso, sem dor e sem sofrimento para ambos, mãe e filho.

Figura 20. Lactação: apoio do pai

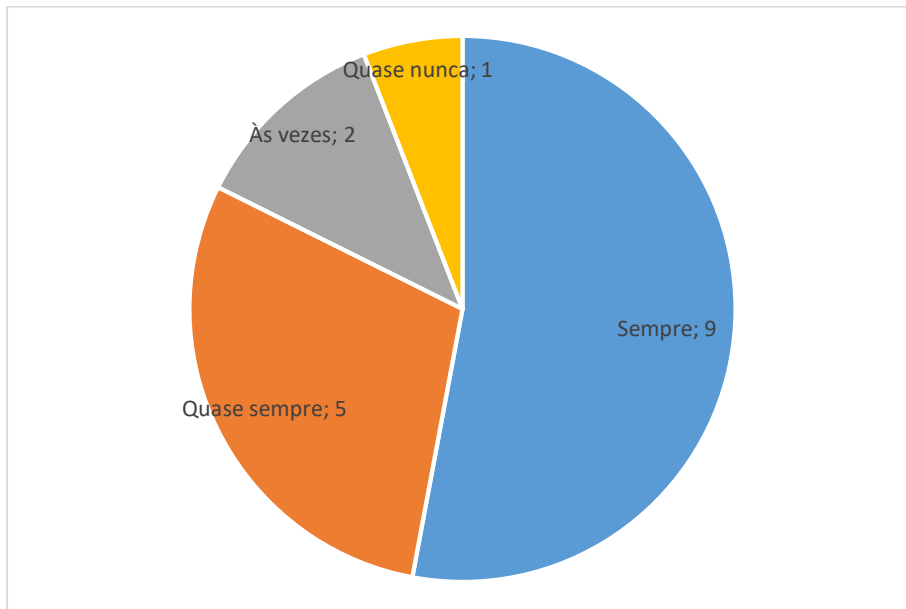
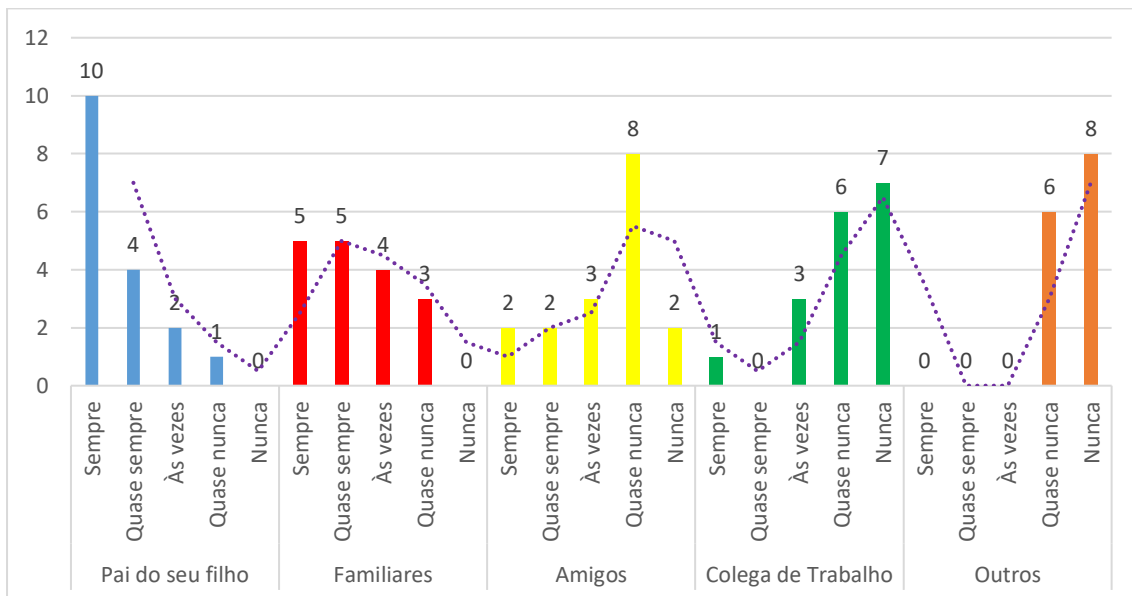


Figura 21. Lactação: rede de apoio



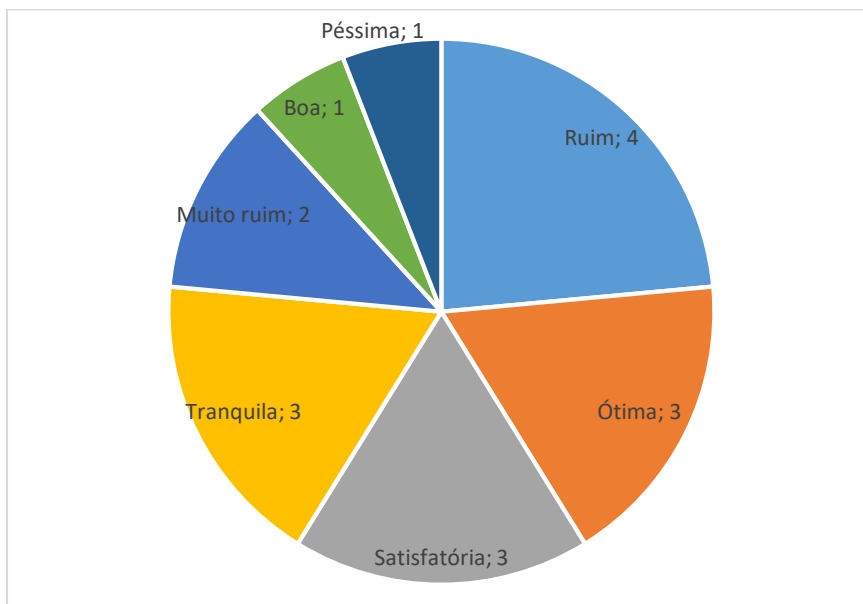
As Figura 20 e 21 mostram a percepção do apoio emocional do pai e de sua rede de apoio durante a lactação. Observamos a predominância do apoio do pai no período da lactação, com classificação ‘sempre’ (9), ‘quase sempre’ (5), ‘às vezes’ (2) e ‘quase nunca’ (1). Percebe-se predominantemente o pai do filho como a principal rede de apoio comparado com familiares, amigos, colegas de trabalho e outros.

A importância do apoio emocional na lactação está associada à necessidade de um suporte para momentos simples, como oferecer água durante ou após amamentar, uma vez que a sede é um reflexo comum durante a fase de amamentação. Como a produção de leite depende de uma boa hidratação, o próprio corpo da mulher encarrega-se de estimular substâncias que secam sua boca e a lembram da necessidade de ingestão de líquidos. Outro suporte está relacionado às dificuldades que a lactante possa enfrentar como as dores e dificuldades da lactação, ou até mesmo apoio para a frustração em não conseguir amamentar o bebê com o leite materno.

Volta ao trabalho

Apenas uma participante não **voltou a trabalhar fora de casa** após o período de licença maternidade.

Figura 22. Volta ao trabalho: percepção da experiência



A Figura 22 mostra que a volta ao trabalho após o período de licença maternidade é uma vivência difícil para metade das mães participantes (7), classificada como: ‘ruim’ (4),

‘muito ruim’ (2) e ‘péssima’ (1). Para a outra metade das mães (7) que responderam a esta pergunta, a vivência foi classificada como: ‘ótima’ (3), ‘tranquila’ (3) e ‘boa’ (1).

Podemos perceber o quanto não é unânime a volta ao trabalho ser uma experiência agradável ou não agradável. É uma percepção pessoal, a depender de diversos fatores, como exemplo: o suporte da rede de apoio (figuras 24 e 25), tipo de trabalho, quantidade de tempo longe de seu filho, se está em lactação, entre outros.

Além disso, a separação física da mãe e de seu filho pode ser complicada de fato para algumas mulheres. Partimos da constatação que as mães estiveram por meses ao lado de seu filho durante a licença maternidade e voltar para uma rotina de trabalho pode ser uma experiência vivida como estressante e provocadora de ansiedade. No entanto, o acolhimento e a escuta terapêutica sobre esse momento podem ser recursos de promoção da saúde mental da mãe para diminuir o impacto negativo, favorecendo a abertura para um momento menos estressante. É necessário um trabalho de ampliação da consciência ao bancar a escolha de trabalhar fora de casa, ficando um período do dia distante de seu filho, a partir da compreensão de que é um distanciamento necessário e por vez indispensável.

Como escreveu Maldonado (2017), ter um filho provoca mudanças significativas, principalmente em uma sociedade em que a mulher está no mercado de trabalho, sendo também responsável pelo orçamento familiar. Muitas vezes a escolha de trabalhar e deixar seu filho aos cuidados de outro alguém pode ser, aos olhos da mãe, um processo complexo e difícil.

Nessa volta ao trabalho após o período de licença maternidade é importante que as mães tenham a possibilidade de ajustarem-se de forma criativa, para conseguirem conciliar o trabalho e o cuidado com seu filho. Para Ribeiro (2016) “ajustamento criativo é o processo pelo qual o corpo-pessoa, usando de sua espontaneidade instintiva, encontra em si, no meio ambiente ou em ambas soluções, disponíveis, às vezes aparentemente não claras, de se autorregular” (p. 64). Quando esse ajustamento não é criativo passando a ser disfuncional, essa mulher pode desenvolver o adoecimento físico e mental. Tanto pela sobrecarga de tarefas (como profissional e mãe), como pela culpa de ter que ir para o trabalho quando deveria estar com seu filho.

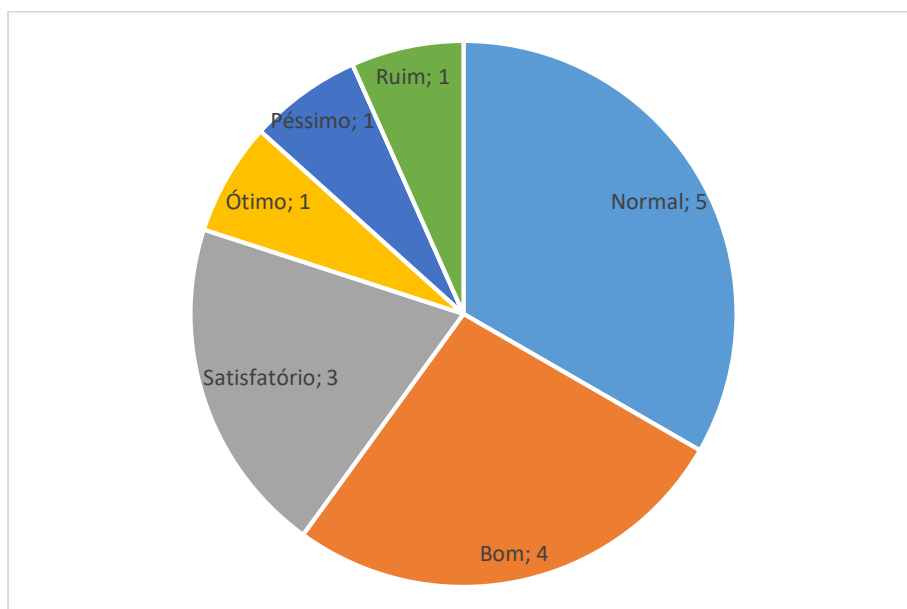
A culpa para Ribeiro (2022) é:

“Um ajustamento criativo [disfuncional], vivido na etapa *awareness*/deflexão da função id do *self*, pois é um sentimento constituído, que surge a *posteriori*, quando a pessoa passa a olhar um fato que, no passado, lhe pareceu normal, mas os olhos de agora lhe parecem fora da normalidade. [...] a culpa é um constructo subjetivo, relacionado a percepção de mim mesmo, das minhas certezas, do que me constitui como pessoa” (p.230-231).

Para o autor a culpa é silenciosa, machuca e surge do desequilíbrio entre a realidade e uma subjetividade que se objetiva por si mesma. E ninguém experiencia a culpa da mesma maneira. Assim, a complexidade de sair da culpa nos ensina, às vezes por meio da dor e do sofrimento, que os “caminhos que nos conduzem ao encontro de nossa máxima verdade: transformarmo-nos em nós mesmo” (p.233).

Além disso, como outra forma de promoção de saúde mental, à luz da Gestalt-terapia, seria o trabalho acerca da culpa de ir trabalhar, a partir do entendimento de que seu papel de mãe é uma de suas partes, assim como ser profissional, mulher, que formam sua totalidade. Pode ser por meio do mecanismo de autorregulação que essa mulher pode compreender-se como pessoa no mundo, para conseguir assumir seu papel de ser uma profissional, de maneira mais leve e saudável, equilibrando com seu papel de mãe. Ribeiro (2011) escreveu que “a essência de ser pessoa é ser um ser de relação e em relação permanente e consciente consigo e com o outro” (p. 76). Ou seja, a pessoa humana, exerce sua personalidade, vivendo em relação, assim, pode-se dizer que o *status* social é parte das propriedades que constituem o conceito de pessoa. O autor completou que ser pessoa é estar consciente de si mesma em permanente continuidade. “Supõe uma consciência de si mesma em permanente movimento de contato eu-mundo, de tal modo que a pessoa, mesmo mudando a todo instante, não perde a consciência de ser ela mesma” (p. 75). O trabalho terapêutico, envolve, então, o cuidar da mulher mãe que assume seus papéis sociais, dentro de sua relação eu-mundo, com o fortalecimento de seu EU, sem a hipervalorização de alguma de suas partes, como o ser mãe, permanecendo com sua autenticidade, sem dissociar de sua totalidade, mesmo sendo mãe, sem a necessidade de valorizar somente a sua parte como ser mãe.

Figura 23. Volta ao trabalho: percepção do próprio desempenho



A Figura 23 mostra como as mães perceberam o próprio desempenho na volta ao trabalho: ‘normal’ (5), ‘bom’ (4), ‘satisfatório’ (3); e ‘ótimo’ (1). Apenas duas classificaram o próprio desempenho como ‘ruim’ (1) e ‘péssimo’ (1).

Refletimos mais uma vez sobre como é desempenhar o papel profissional após assumir o papel de ser mãe. Algumas perguntas podem ser feitas como reflexão: como se concentrar no trabalho quando existe a preocupação de como está seu filho longe de sua mãe? Como realizar as atividades laborais sabendo que seu filho está febril, por exemplo, como reação à alguma vacina? Como conseguir sair de casa e ter um bom desempenho no trabalho, quando lembra que ao sair ou ao deixar seu filho na creche/escola ele chorou muito com a separação? Como concentrar-se com privação de sono?

Tais reflexões corroboram com a pesquisa de Rocha-Coutinho (2005), quando escreveu em seus resultados que a principal mudança ao serem mães, é o fato de que tudo na vida passa a ser voltado para seus filhos. Alterando suas prioridades, passam a ter uma preocupação constante com a saúde e bem-estar de seus filhos, “sua cabeça está sempre ‘ligada’ neles, o que gera mais responsabilidade e também sacrifícios” (p.133).

Podemos pensar nas preocupações sobre a alimentação do filho, mesmo sendo um bebê mais desenvolvido que não tem mais o aleitamento materno como única fonte alimentar. Aqueles bebês que além do alimento continuam com a amamentação, a preocupação e

estresse é o como armazenar o leite materno para ser oferecido por outra pessoa na mamadeira enquanto a mãe está no trabalho.

É necessário cuidar dessas mães para que consigam desempenhar suas funções laborais de maneira mais saudável e satisfatória, como forma de promoção de saúde mental materna. Tendo em vista que os agravos à saúde mental dessa mulher mãe, que podem ser prevenidos, estão relacionados ao fato da mãe se sentir sobrecarregada em suas funções e ter a percepção de que não consegue exercer um bom desempenho no trabalho, e como consequência surge o aumento da ansiedade, culpa e angústia.

Cabe destacar que a responsabilidade com a atuação profissional pode estar relacionada ao fato que talvez ao tornar-se mãe aumente a preocupação em fazer bem o seu trabalho (até para não ser demitida), uma vez que existe alguém ou alguns que dependem dela Rocha-Coutinho (2005).

O trabalho terapêutico, a luz da Gestalt-terapia, envolve a ampliação de consciência para decidir e bancar a escolha de voltar ao trabalho, bem como ampliação de consciência para o entendimento de que seu filho está em bons cuidados, com sua rede de apoio (Figuras 24 e 25). O trabalho terapêutico buscará sua autorregulação, envolvendo ter paciência e acolher-se no sentido de entender que o seu desempenho laboral pode melhorar com o passar do tempo, com o crescimento e desenvolvimento de seu filho. Ou seja, há boa possibilidade do seu desempenho laboral ser recuperado na medida quando o bebê diminuir a independência física e emocional, quando o corpo e a mente se acostumarem com a nova rotina de não estar mais integralmente envolvida nos cuidados de seu filho.

Dessa forma, a rede de apoio é fundamental para que a mulher mãe, de fato, consiga exercer seu papel profissional de forma saudável e menos estressante, tanto para ela como para seu filho, posto que para que ela possa trabalhar, é necessário que seu filho esteja em local seguro e adequado, como pessoas de confiança e que cuidem dele de forma saudável.

Figura 24. Volta ao trabalho: apoio do pai

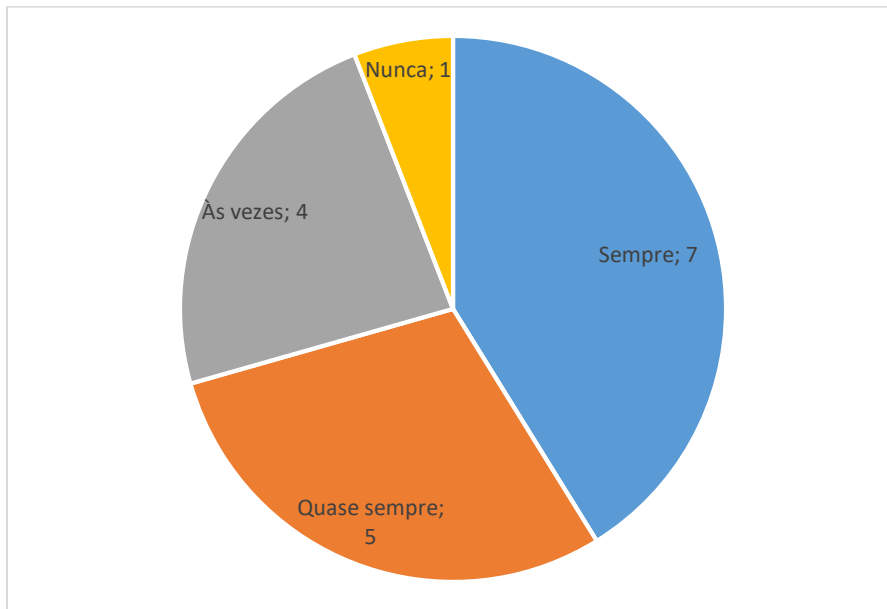
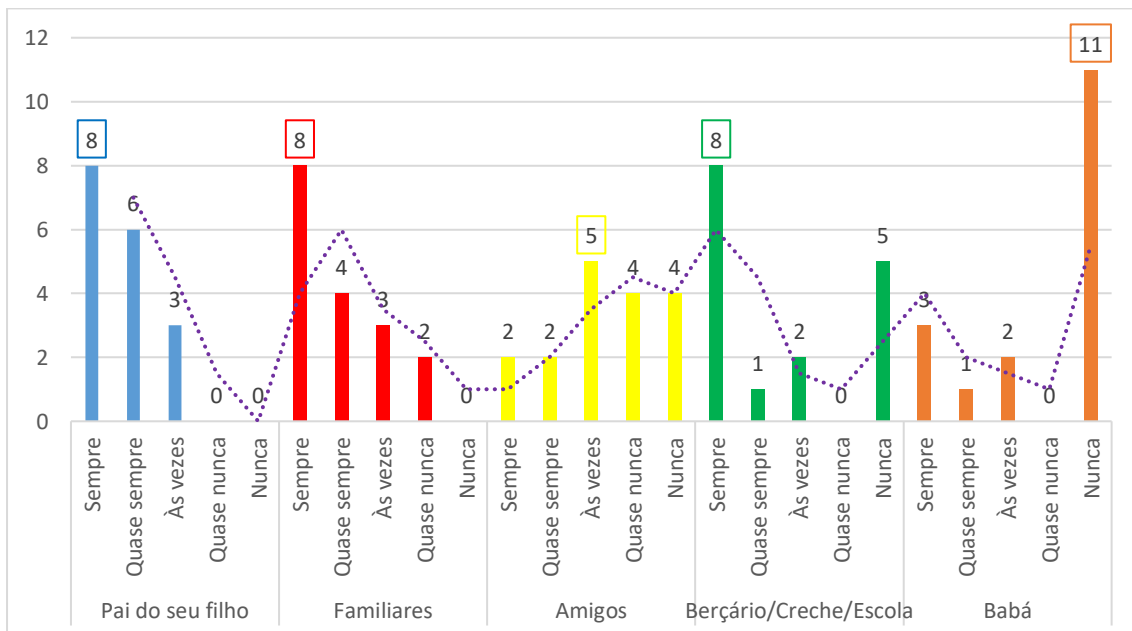


Figura 25. Volta ao trabalho: rede de apoio



A Figura 24 demonstra que o apoio do pai de seu filho é percebido ‘sempre’ (7), ‘quase sempre’ (5). Em cinco participantes, este apoio foi apenas ‘às vezes’ (4) e uma declarou que o apoio foi ‘nunca’.

A Figura 25 corrobora o dado anterior, em que a rede de apoio predominante foi constituída pelo pai do filho. Notamos que na volta ao trabalho cresce a importância dos familiares, bem como instituições como berçário, creche e escola. Observamos que decresce a importância dos amigos, e observamos aqui um fenômeno de diminuição da presença de babás contratadas.

A presença da rede de apoio é fundamental para que o retorno e permanência da mãe no trabalho seja a mais saudável possível tanto para ela como para o bebê. Saber que seu filho está bem cuidado e seguro enquanto trabalha é um exemplo de cuidado com a promoção da saúde mental materna.

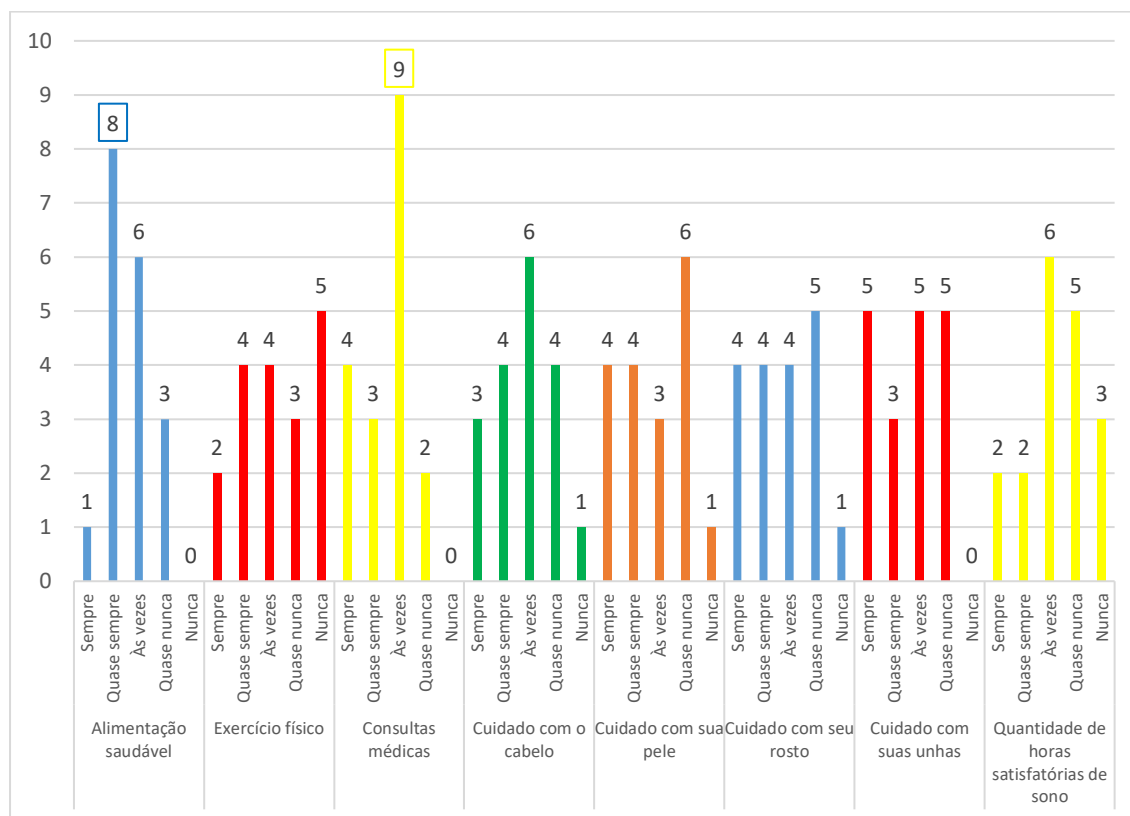
É preciso a ampliação da consciência para o fato de que a escolha de quem e com quem deixar o filho enquanto trabalha, pode ser compartilhada com o pai do filho, não precisando ser uma decisão solitária e sofrida. Dessa forma, abre-se a possibilidade de bancar a escolha feita a dois e se sentir bem com ela.

Outro ponto importante no questionário esteve relacionado aos relatos de autocuidado das mulheres que são mães.

Autocuidado

Escolhemos alguns temas relacionados à experiência de autocuidado para análise sobre como as mulheres percebem-se em atividades e comportamentos regularmente relacionados a rotinas saudáveis, e como essas experiências são realizadas mesmo após a serem mães. Cabe destacar que nenhuma das mães estavam gestantes e que algumas delas mantinham a amamentação com o leite materno.

Figura 26. Autocuidado: frequência de atividades



A figura 26 demonstra que ‘sempre’ (1), ‘quase sempre’ (8), ‘às vezes’ (6) e a ‘quase nunca’ (3), as mães mantêm alimentação saudável.

Segundo o Ministério da Saúde, no Guia Alimentar para a População Brasileira (2008) uma alimentação saudável deve ser variada (com diferentes nutrientes), colorida (com legumes, verduras, frutas e tubérculos), harmoniosa (em termos de quantidade e qualidade) e segura, para o alcance de uma nutrição adequada considerando aspectos culturais, afetivos e comportamentais.

Observamos que a maioria das mulheres considera que se alimenta de forma saudável, e existem aquelas que consideram manter uma alimentação saudável ‘às vezes’ ou ‘quase nunca’. A partir dessas respostas, podemos pensar como algo preocupante até do ponto de vista nutricional para aquelas mães que são lactantes, (mesmo não conseguindo identificar quais dessas mães que são lactantes e se alimentam saudavelmente ‘quase nunca’ ou ‘às vezes’). Alimentar-se de forma saudável é uma prática mínima para se ter uma qualidade de vida tanto pessoal como familiar.

Em termos do comportamento de manter exercícios físicos, podemos notar frequência baixa, para ‘sempre’ (2), ‘quase sempre’ (4), ‘às vezes’ (4), ‘quase nunca’ (3) e ‘nunca’ (5). De acordo com o Guia de Atividade Física para a População Brasileira (2021):

“A prática de atividade física é importante para as nossas vidas. Ela deve ser realizada por todas as pessoas e em todas as idades, é um comportamento que envolve os movimentos voluntários do corpo, com gasto de energia acima do nível de repouso, promovendo interações sociais e com o ambiente, podendo acontecer no tempo livre, no deslocamento, no trabalho ou estudo e nas tarefas domésticas. São exemplos de atividade física: caminhar, correr, pedalar, brincar, subir escadas, carregar objetos, dançar, limpar a casa, passear com animais de estimação, cultivar a terra, cuidar do quintal, praticar esportes, lutas, ginásticas, yoga, entre outros. A atividade física faz parte do dia a dia e traz diversos benefícios, como o controle do peso e a melhora da qualidade de vida, do humor, da disposição, da interação com as outras pessoas e com o ambiente” (p. 7).

É relevante a reflexão se a rotina de atividade física era uma prática para a mulher antes de ser mãe. Se sim, precisamos pensar sobre o que acontece na rotina dessa mãe para que ela não consiga retornar às suas práticas de exercícios, com a frequência e/ou existência dessa prática. Será falta de tempo, por estar ocupada de forma integral com a rotina de cuidado de seu filho? Será desinteresse com o fato de agora ser mãe? Será cansaço com a rotina de trabalho, cuidado com a casa e do filho? São questionamentos interessantes de serem trabalhados no processo psicoterapêutico, por exemplo, como forma de ampliação de consciência para a necessidade de se manter saudável juntamente com a maternidade.

Outro ponto importante é o cuidado com a involução da gestação para o corpo feminino, sendo necessária a rotina com a prática de atividades físicas para auxílio com a perda de peso, por exemplo, para compensar o ganho de peso que aconteceu durante a gravidez.

A reflexão equivalente cabe para as consultas médicas, identificando que as mulheres mantêm essa prática de forma ‘sempre’ (4), ‘quase sempre’ (4), ‘às vezes’ (9), ‘quase nunca’ (2). O que acontece na rotina dessas mães para que elas consigam manter uma frequência saudável para os cuidados médicos? Como está sua rede de apoio para a auxiliá-la? Como

está sua percepção do EU diferente do bebê relacionado aos seus autocuidados? Estas são questões com bom potencial de trabalho em psicoterapia, com autorregulação e ampliações de consciência para manter-se saudável mesmo sendo mãe e tendo que cuidar de seu filho.

Em relação aos cuidados com o cabelo, pele, rosto e unhas, observamos as experiências de forma variadas entre ‘sempre’ e ‘nunca’. Independente de como são os hábitos da mulher no sentido de autocuidado com seu cabelo, pele, rosto e unha, sabemos o quanto é importante manter essas experiências de forma saudável, envolvendo questões como a percepção própria, por exemplo.

Observamos em termos de quantidade de horas satisfatórias de sono a frequência foi prejudicada: ‘sempre’ (2), ‘quase sempre’ (2), ‘às vezes’ (6), ‘quase nunca’ (5) e ‘nunca’ (3).

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, é fundamental para que o nosso organismo funcione bem, ter um sono de qualidade, sem despertares e com duração suficiente. Recomenda que adultos durmam de sete a nove horas por noite, e pontua que a duração do sono ideal varia para cada pessoa, além disso, é importante que pessoa descubra o quanto é necessário dormir, a partir de sua rotina e de sua individualidade. Destaca, ainda que, é fundamental para a saúde, dormir o tempo suficiente para conseguir realizar as atividades no dia seguinte.

Sabemos o quanto a rotina de cuidados com o bebê pode ser exaustiva e estressante, por isso a necessidade de manter uma boa higiene do sono, para que a mãe tenha o descanso fundamental, como forma de equilíbrio do corpo, como para se manter saudável. Tanto como experiência de autocuidado, como para estar disposta para os cuidados com seu filho, além de ter energia para suas atividades diárias.

Ribeiro (2006), escreve sobre o cuidado, em Gestalt-Terapia:

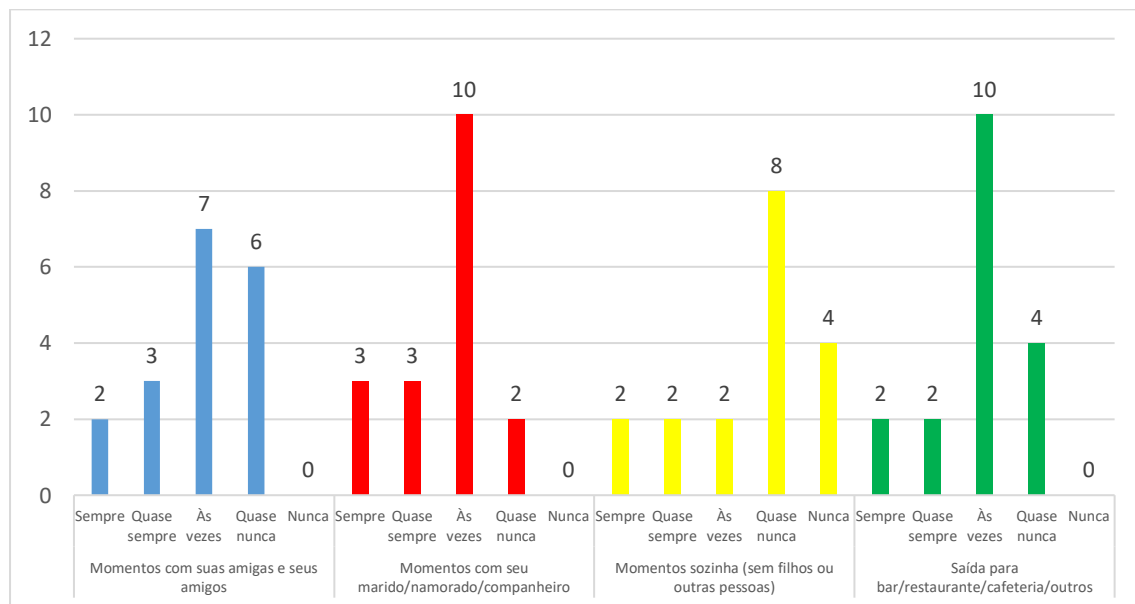
“Cuidar do outro não pode ser querer dizer não cuidar de si mesmo e cuida de si mesmo não pode querer dizer não cuidar do outro. Trata-se de uma relação figura-fundo, parte-todo, em que qualquer dicotomia significará prejuízo para ambas as partes [...] A mãe cuida amorosamente do bebê, às vezes misturando leite e sangue, quando a ‘gulodice’ do nenê não lhe dá folga. Cuidar e cuidar-se são aspectos do grande instinto de autopreservação, instinto este que atualizamos pelo cuidado (p. 101).

Entendemos que cuidar-se é uma forma ativa de ajustamento criativo, e percebemos o quanto é necessário que as mulheres mães tenham condições físicas e emocionais de terem espaço na sua rotina materna para cuidarem de si, com o auxílio de sua rede de apoio, bem como a consciência de que ela existe fora da relação mãe-bebê. É necessário que as mulheres possam ter tempo e espaços para ter momentos sozinhas (sem filho), experimentando o poder de seu autocuidado para sua saúde física e mental.

Experiências do cotidiano

Em termos de **experiências do cotidiano**, os resultados estão separados em três momentos. O primeiro trata de vida social fora da casa, e inclui: momentos com amigos, com companheiro, sozinha e saídas para restaurantes. O segundo inclui a saída de casa para fazer compras para si e para os filhos. O terceiro inclui viagens, com e sem filhos.

Figura 27. Experiências cotidianas: vida social fora da casa.



A Figura 27 mostra que a vida social fora de casa tem frequência baixa. Momentos com amigas e amigos foram classificados com frequência: ‘sempre’ (2), ‘quase sempre’ (3), ‘às vezes’ (7) e ‘quase nunca’ (6). Os momentos com companheiro com frequência

predominantemente ‘às vezes’ (10). Momentos sozinha, ou seja, sem filhos ou outras pessoas foi percebido na sua maioria como ‘quase nunca’ (8). E por fim, saída para bar/restaurante/cafeteria/outros com predomínio de ‘às vezes’ (10).

Esta é evidência importante que este tema deve ser tratado, principalmente quando falamos de saúde mental materna como forma de prevenção de agravos à saúde mental, quando a mulher consegue manter experiências tanto de autocuidado, como já discutido, como ter experiências de lazer acompanhadas e/ou sozinhas. Uma mulher mãe que não mantém rotinas de autocuidado e de momentos diferentes ao de apenas maternar, pode apresentar-se como uma mulher mãe adoecida física e mentalmente. Então, podemos perceber que formas de promoção de saúde mental materna envolve a conscientização social e dela própria, e o dar suporte/apoio para que as mulheres mães possam ter cada vez mais experiências de autocuidado e de momentos de qualidade tanto sozinhas como com amigos, marido, namorado ou companheiro, ou seja, momentos em que ela consiga assumir seu papel de ser mulher e não somente ser mãe.

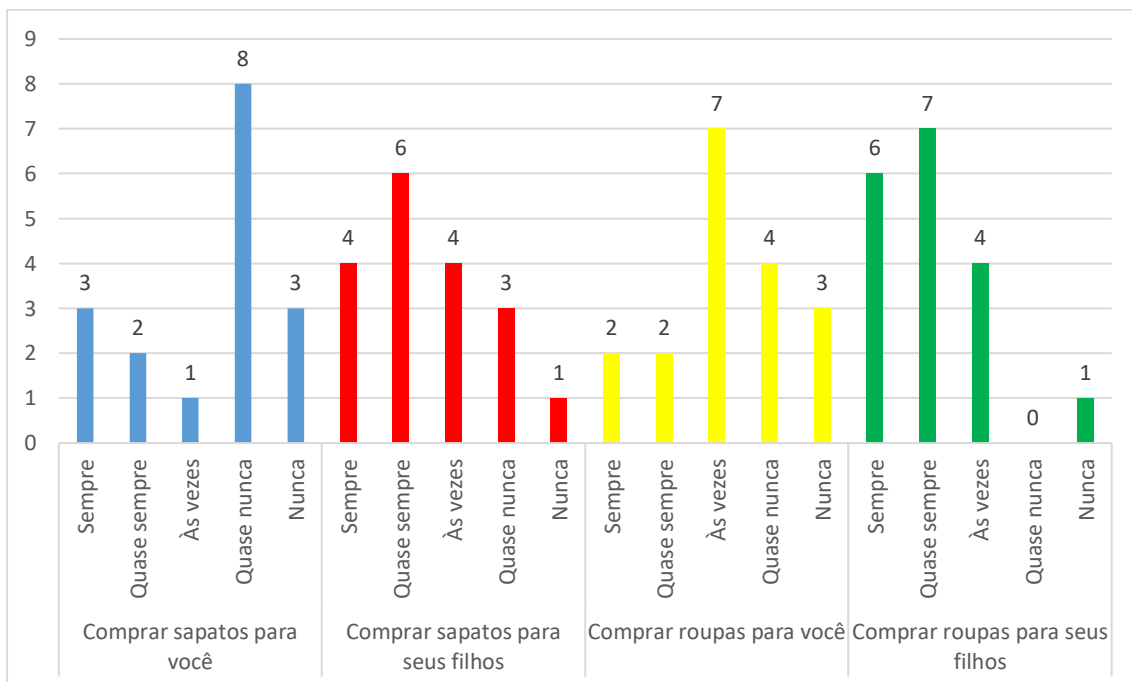
Percebemos nos atendimentos em psicoterapia nos nossos consultórios, que são justamente mulheres mães que se queixam de estarem cansadas, até exaustas, de serem somente mães. Percebemos o quanto podem estar mentalmente adoecidas, algumas vezes pela hipervalorização do papel de mãe, papel no qual não libera espaço para serem mulheres, profissionais, esposas, namoradas ou companheiras, filhas, amigas... Outras vezes por não conseguirem equilibrar esses papéis, ou não terem motivação, energia ou ânimo para terem momentos de autocuidado e poderem ter uma vida social.

O mais preocupante é o fato de não conseguirem manter essas experiências por sentirem-se culpadas de não estarem com seus filhos, culpadas por não conseguirem fazer coisas que faziam antes de serem mães, culpadas por não conseguirem equilibrar seus papéis sociais, enfim, culpa de tudo e por tudo, não entendendo que podem vivenciar essas experiências, compreendendo que são momentos saudáveis e naturais para toda mulher mãe.

É o que observamos nas respostas das participantes, quando não aparece para a maioria o ‘sempre’ ou ‘quase sempre’ dos momentos sociais ou sozinhas. Para aquelas mulheres que conseguem manter essas experiências faz-se necessária a manutenção equilibrada desses momentos, com o suporte de sua rede de apoio e sua autenticidade para bancar a escolha de conseguir autorregular nos seus papéis sociais e nas suas experiências pessoais.

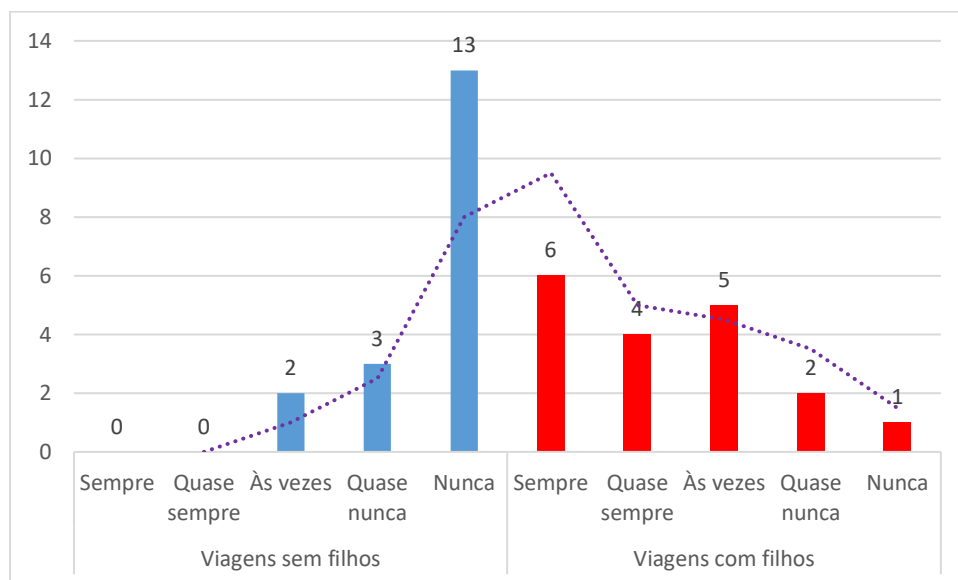
Consideramos grave, do ponto de vista da saúde mental materna, que existam mães que nunca consigam ter uma vida social e momentos consigo mesmas. Quando pensamos no conceito parte e todo, é preciso que a mãe entenda e tenha suporte para suas outras partes, incluindo estar sozinha e sem filhos. E estar nesses momentos de uma forma equilibrada, sem culpa ou sofrimento. Adultos precisam de outros adultos, ficar 100% do tempo apenas com o filho, além de desgastante para a relação, pode ser adoecedor para a mulher mãe.

Figura 28. Experiências cotidianas: fazer compras



A Figura 28 mostra que as compras foram direcionadas mais para os filhos do que para as mães, destacando o contraste para o ‘quase nunca’ comprar sapatos para si com o ‘quase sempre’ comprar sapatos para seus filhos; e do ‘às vezes’ comprar roupas para si com o ‘quase sempre’ comprar roupas para seus filhos. Essas respostas corroboram com a discussão sobre as experiências de cuidado de si e cuidado com o outro.

Figura 29. Experiências cotidianas: viagens



A Figura 29 mostra que as viagens, a partir da maternidade são predominantemente com os filhos.

Este é um exemplo significativo de como a vida do casal e da mulher muda a partir do nascimento do filho. As experiências mudam e momentos como as viagens são igualmente compartilhados com os filhos. Viagens podem ser uma forma saudável de vivenciar a maternidade, pelo compartilhamento de experiências com a família. Podem ser também outra fonte de estresse e adoecimento mental, quando não vivenciadas de maneira equilibrada e saudável.

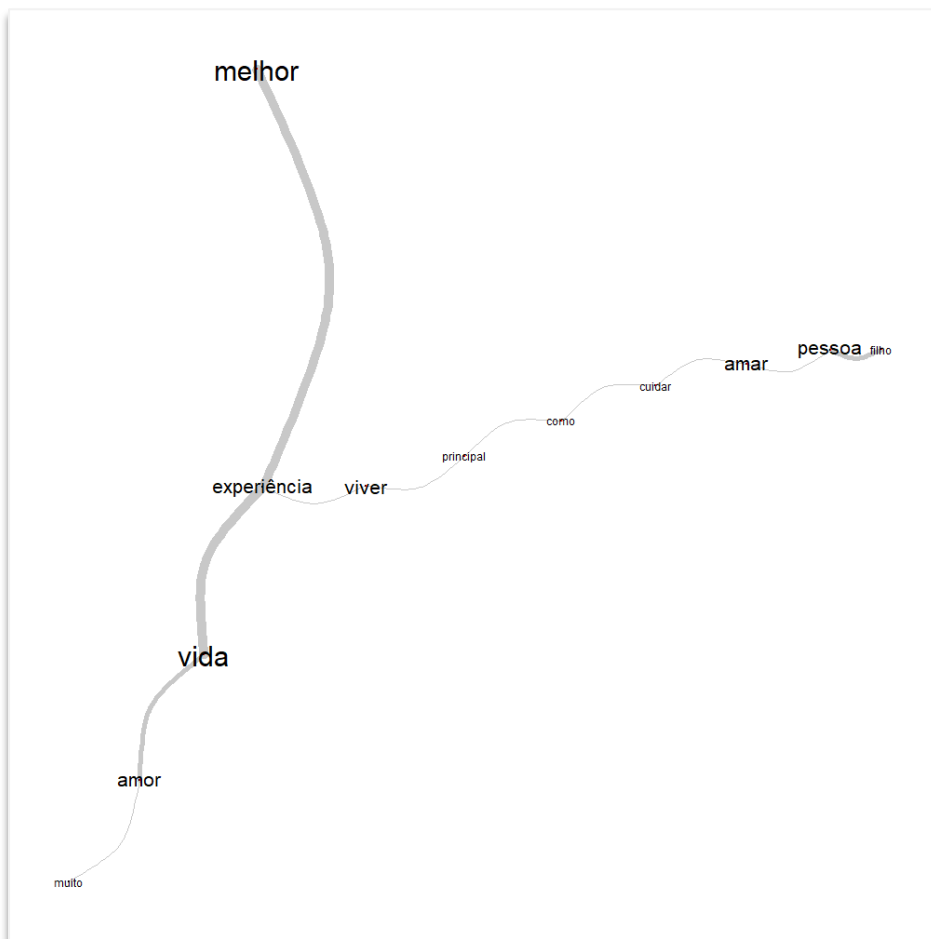
Em consultório o que percebemos é que a dicotomia ser mãe e mulher é constante, e por isso mesmo faz-se necessária a busca do equilíbrio entre ser mãe e mulher. São constatações a partir das falas sobre como a vida mudou ao se tornar mãe; do quanto gostaria de vivenciar experiências como viagens sem as preocupações de estarem com seus filhos; de terem programações exclusivas de passeios adequados para a idade dos filhos; de restringirem-se a lugares seguros para crianças; de excluírem passeios, lugares, restaurantes, apenas próprios para adultos; e quando consegue viajar sem os filhos, a dificuldade de estar autorregulada, sem culpa, sem sofrimento e em paz.

A seguir apresentamos a síntese dos **depoimentos** sobre a maternidade, a partir das perguntas abertas: 1. O que é ser mãe para você? 2. Como é para você a experiências de ser mulher e mãe?

Depoimentos

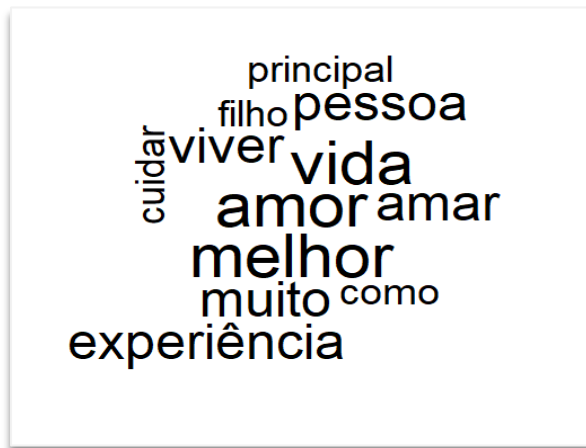
Para o processamento dos depoimentos, utilizamos o IRaMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), programa criado pelo *Laboratoire d'Études et de Recherches Appliquées en Sciences Sociales (LERASS)* da Universidade de Toulouse. Trata-se de um software amplamente utilizado como auxiliar para análise de corpus linguísticos. Neste trabalho optamos por dois recursos do IRaMuTeQ: análise de similitude e nuvem de palavras, em função do bom potencial de criação de figuras de síntese.

Figura 30. Análise de similitude: pergunta 1 - O que é ser mãe?



A Figura 30 apresenta um eixo importante de variabilidade de experiência, e mostra que a entrevista desta pesquisa tocou em termos importantes para o tema.

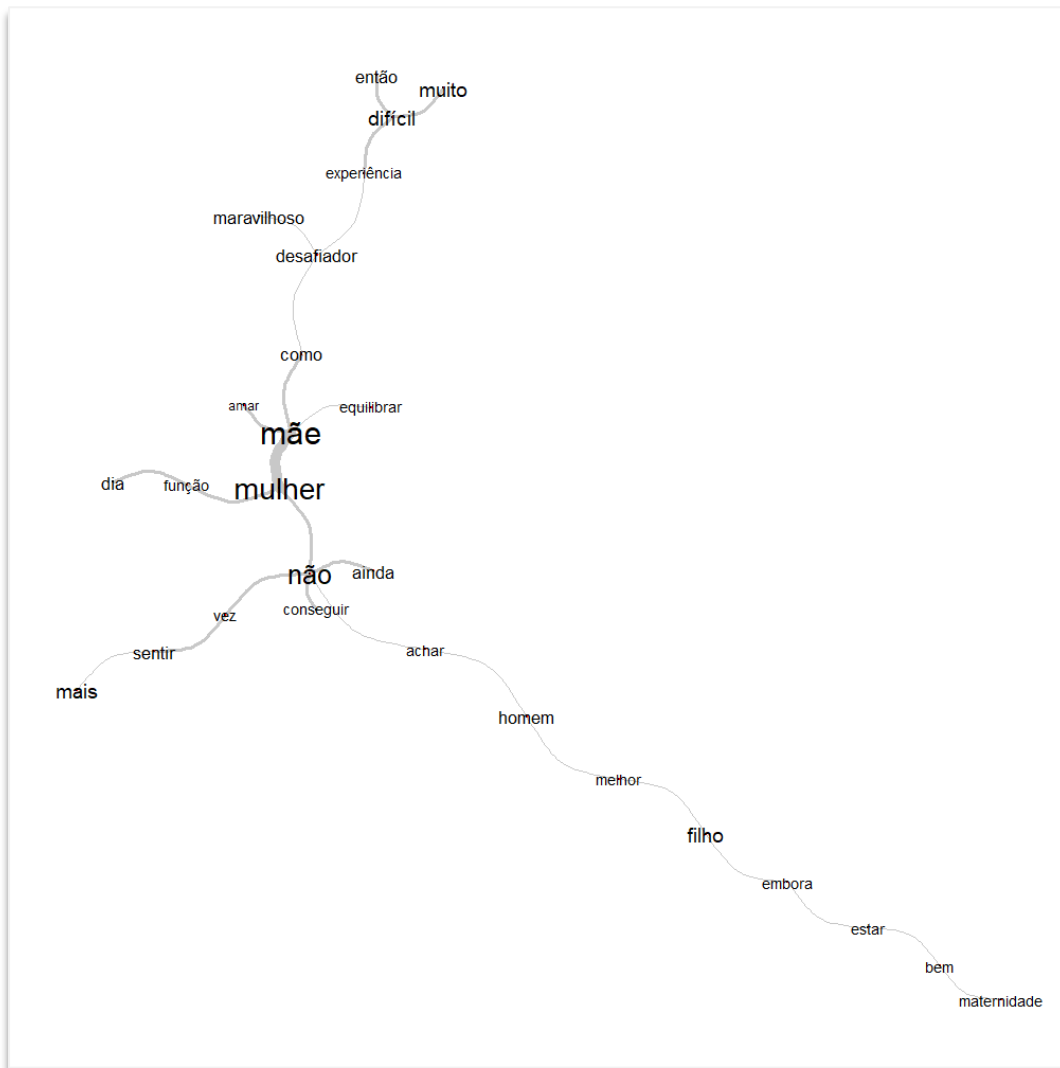
Figura 31. Nuvem de palavras: o que é ser mãe?



Na Figura 31, a nuvem formada a partir da pergunta “O que é ser mãe para você? ” temos a predominância de termos como amor/amar, viver/vida, pessoa e experiência. Esses termos mostram a centralidade e a intensidade da experiência subjetiva da maternidade.

Destacamos respostas sobre como ser mãe é: “Uma dicotomia linda de se viver”, “Melhor experiência da vida”, “Se doar”, “Amar incondicionalmente”, “A oportunidade de aprender a amar sem esperar nada em troca”, “Doação e amor pleno”, “Ser mãe é realmente ser uma mulher poderosa”, “A experiência mais complexa da vida”, “Minha melhor metamorfose” e “Um sonho realizado, maior desafio da minha vida”. Estas são frases que se somam ao que foi apresentado nas percepções de cada mulher mãe sobre suas vivências particulares na maternidade, com sentimentos agradáveis e desagradáveis que são percebidos ao longo de todas as fases – gestação, parto, pós-parto, lactação, crescimento e desenvolvimento do filho. Partindo do entendimento que cada mulher vivencia uma forma individual e própria do que é a maternidade, observamos que cada uma guarda em si a experiência em cada fase do maternar, cada uma com sua doação, seu poder, seu amor, seu sonho, seus desafios, seu modo de se cuidar e cuidar de seu filho, bem como e suas transformações.

Figura 32. Análise de similitude: Pergunta 2 - Como é para você a experiências de ser mulher e mãe?



A Figura 32 apresenta uma árvore de termos a partir da pergunta “Como é para você a experiência de ser mulher e mãe?”. Destaca-se os termos ‘mãe’ e ‘mulher’ por um lado, associados a uma complexidade de termos, tais como: ‘maravilhoso’ e ‘desafiador’; e por outro lado, o termo ‘não’ como uma segunda base de depoimentos.

Figura 33. Nuvem de palavras: experiência de ser mulher e mãe.



A Figura 33 apresenta a nuvem de palavras formada pela pergunta ‘como é para você a experiência de ser mulher e mãe?’. Aqui, notamos novamente os núcleos ‘mulher’, ‘mãe’ e ‘não’.

Destacamos nestes depoimentos as frases: “Um eterno equilibrar pratinhos”, “É sobrecarga mental e física”, “Ter o tempo para se encontrar como mulher no furacão da maternidade é algo desafiador”, “Conseguir um tempo diário só para cuidar do que faz bem para mim é perceber que há vida após a maternidade”, “Difícil, porém maravilhosa”, “Ainda desorganizada” e “Difícil, cansativa e estressante”.

Podemos analisar o conceito de essência e existência, fundamental para a compreensão dessas falas das participantes relacionamos à dicotomia entre ser mulher e ser mãe. Destacamos que quando falamos de essência não podemos separar da existência, e não falamos de essência como um universal abstrato e sim e tudo aquilo que constitui nossa individualidade singular (Ribeiro, 2006). “A existência é a pessoa no mundo, pessoa que se expressa através de sua singularidade, seus sentidos e sua subjetividade” (p. 105).

Cardoso (2013) destacou algo importante e fundamental para o entendimento da relação mãe e filho, bem como um caminho de promoção de saúde mental materna:

“Na perspectiva existencial, o homem é concebido como um ser livre e responsável por construir a própria existência. Tal concepção foi sintetizada por Sartre (2012, p.25) ao afirmar que a ‘existência precede a essência’. Isso significa que o homem surge no mundo como um ser particular, sem a possibilidade de definição prévia, e somente depois poderá vir a ser. Portanto, ele não é como uma semente que traz em si características imutáveis não podendo ser nada além do que está determinado no cerne de seu ser. Ao contrário, ele é entendido como um ser livre para escolher sua essência a cada instante, consumando assim, seu projeto de vida e de ser no mundo. Ao fazê-lo, torna-se o único responsável por sua existência. Nascemos como seres de possibilidades e escolhemos a todo instante, ao longo de toda nossa existência, aquilo que queremos ser” (p.60).

A mãe, primeiramente, é uma pessoa, singular, indivíduo, mulher, e com as fases da maternidade (gestação, parto, pós-parto, puerpério, lactação, crescimento e desenvolvimento do filho) precisa construir de forma livre e responsável sua existência no contexto da experiência de ser mãe. Cada maternar para cada mulher mãe é uma experiência particular, sem definição prévia de como se deve maternar, assim, cada mãe elaborará a experiência única de sua maternidade, a partir de sua própria visão de mundo. Cada mulher mãe é livre para escolher como deseja maternar, sem culpa e sem angústia, a partir de seus desejos e de seu projeto de vida, sendo única responsável por sua existência, escolhendo como quer ser.

Ao mesmo tempo observamos e destacamos nas falas das participantes que entendem amar seus filhos e a maternidade, e que precisam equilibrar a sobrecarga física e mental, todas as dificuldades e desavisos, o cansaço, e o estresse, a desorganização. Estar mentalmente saudável na maternidade é estar o tempo todo atenta para a autorregulação de seu organismo para que consiga conviver com toda essa dicotomia, com o entendimento de seus papéis sociais e de sua individualidade, conseguindo equilibrar o ser mulher e o ser mãe, com a consciência da necessidade diária de buscar o desenvolvimento de suas potencialidades, de seus ajustamentos criativos, permanecendo em contato com o seu EU (pessoa, mulher), diferenciando do OUTRO (seu filho), confiando na sua essência e na sua existência como indivíduo, mulher e mãe.

A Gestalt-terapia é uma teoria da pessoa que concebe o indivíduo na sua totalidade, como um campo organismo-meio, a partir do qual a pessoa pode olhar-se como um ser em movimento processual e sempre à procura de sua melhor configuração (Ribeiro, 2011). Podemos propor em psicoterapia um experimento chamado de “cadeira vazia” para um diálogo entre as partes mulher e mãe, como forma promoção de saúde mental materna. Ginger & Ginger (1995) descrevem que:

“Em uma cadeira vazia diante dele [cliente], podia, conforme a sua vontade, projetar um personagem imaginário com o qual desejasse se relacionar. A cadeira vazia pode ser uma almofada que pode ser colocada numa variedade de lugares de acordo com a posição do cliente. [...] Utilizamos as almofadas como ‘*objetos transicionais*’ [num sentido um pouco mais amplo do que de Winnicott...], podendo simbolizar, sucessivamente, personagens, partes do corpo, até entidades abstratas. [...] Ele pode visualizar interiormente, comunicar verbalmente ou interagir, no presente, com parceiros imaginários [...] e que poderá, conforme sua vontade, interpelar, injuriar, socar, estrangular...ou ainda abraçar, acariciar ou cobrir de lágrimas” (p. 21-22).

Podemos acrescentar o que Salomão (2016) escreveu:

“A cadeira vazia funciona por meio do diálogo entre uma parte da pessoa e ‘outro’ da vida dela, com outra parte de si mesmo ou uma situação. O terapeuta percebe o tom de voz, as atitudes, os trejeitos, as mensagens corporais, faciais, as hesitações, e interage compartilhando aquilo que percebe ou ‘dirigindo’ a cena para o cliente experimentar-se mais integralmente” (p. 35).

Pensamos o quanto pode ser enriquecedor, do ponto de vista da saúde mental materna, a proposição desse diálogo entre a parte mulher e a parte mãe. Esse diálogo tem o potencial de funcional como a oportunidade de acolhimento entre as partes, abrindo espaço para confrontação, dar carinho, atenção e cuidado. Podemos ter um momento de perguntas e respostas, propondo abertura para os “não ditos”, sobre o que está velado, e que pode surgir como forma de ampliação de consciência de ambas as partes sobre os papéis como cada uma deseja representar. Podemos ter uma forma de diálogo sobre como era a visão de mundo

antes de ser mãe e como está essa visão de mundo agora que se tornou mãe. E podemos construir uma conversa sobre as expectativas, desejos, frustrações, medos, ansiedades, tristezas, alegrias, lembranças dos bons momentos...

Considerações finais

Ao concluir essa pesquisa, ficou claro para mim que a dissertação de mestrado tem uma complexidade maior que eu imaginava. Foi desafiador relacionar a literatura já fundamentada sobre a maternidade, os conceitos e a teoria da Gestalt-terapia, a experiência da prática clínica em psicoterapia, as respostas das participantes e a minha vivência como mulher mãe. Acrescentando o importante aprendizado adquirido em todo o processo.

Entendi, com esta pesquisa, que ao longo dos séculos e em uma perspectiva sócio-histórica-cultural-religioso, a maternidade foi entendida de diversas maneiras. A mãe já foi considerada a auxiliar dos médicos, a colaboradora dos religiosos e dos professores, assumiu a responsabilidade da saúde emocional dos filhos, tornando-se a personagem central da família, assumindo a imagem de devoção e de sacrifício de ser uma “boa mãe”, com ênfase importante na relação mãe-filho.

Essa visão da mulher mãe ao longo dos séculos influenciou de maneira direta o *como* as mulheres enxergam a maternidade, o que pode ser como forma de introjeções e de projeções, tanto para a sua relação consigo mesma, como em relação ao seu filho. Dessa forma, a mulher mãe precisa buscar, por meio de ajustamentos criativos, a autorregulação para conseguir equilibrar a sua visão de mundo sobre a maternidade e a visão da perspectiva sócio-histórica-cultural-religioso do *como* deve maternar.

Para manter-se mentalmente saudáveis, as mulheres mães precisam ampliar suas consciências sobre como querem desempenhar seus papéis sociais, incluindo o ser mãe e não excluindo os outros papéis. Fazer essa ampliação enriquecida das percepções de suas introjeções e as projeções, fazendo escolhas e bancando cada uma delas, propondo formas de manutenção de sua autenticidade, e principalmente desenvolvendo constantemente o autoconhecimento, mantendo o fortalecimento do EU e sua autorregulação orgânica.

Com a pesquisa sobre o impacto das transformações da maternidade na saúde mental da mulher, a luz da Gestalt-terapia concluímos que a mulher mãe precisa ser percebida a partir de sua totalidade como pessoa no mundo, com suas possibilidades conscientes e sua capacidade de autorregulação. A busca por sua melhor configuração relaciona-se ao fato de estar mentalmente saudável ao equilibrar-se em seus papéis sociais, em sua maternidade e em si mesma.

Percebi ao longo da pesquisa que a maternidade pode ser tangível para as mulheres, mas não são todas que conseguem maternar de forma saudável. Ter que abrir mão de seu corpo, sono, tempo não é possível para algumas mulheres. Porém, é estimulado sócio culturalmente que todas as mulheres devem ser mães, e o que se percebe é que nem todas as mulheres de fato querem ser mães.

É preciso cuidar da saúde mental dessas mulheres justamente para conseguirem equilibrar de maneira saudável a dualidade de ser mulher e mãe. Se não houver esse cuidado a mulher torna-se passível de não conseguir nem buscar esse equilíbrio e corre o risco de desequilibrar algum dos lados, ou ser 100% mãe, hipervalorizando o papel de ser mãe ou fixar em apenas ser mulher, profissional, filha ou esposa; sempre deixando a desejar alguma de suas partes, e provocando um desequilíbrio de sua totalidade com o foco em parte ou somente valorizando algumas partes.

A rede de apoio ao redor da mulher torna-se fundamental para suporte e busca desse equilíbrio, com suporte nos ajustamentos criativos e mudanças de visão de mundo com foco na manutenção da maternidade saudável.

Se a mulher não buscar o equilíbrio mental e entender seus papéis, não dará conta de forma saudável de ser mãe e mulher. O adoecimento mental surge pela não ampliação de consciência em relação aos sacrifícios e desafios inerentes à maternidade. O trabalho psicoterapêutico é uma proposta de ampliação da consciência para desenvolver seu autoconhecimento, busca pela autorregulação orgânica e percepção de seu tempo e espaço, alterados com a maternidade.

É preciso levar em consideração o momento em que a pesquisa foi realizada, por estarmos ainda vivenciando o momento histórico da Pandemia de COVID-19, iniciado no ano de 2020. Uma possibilidade adicional ao escopo deste trabalho seria identificar as interferências ocorridas nas respostas das participantes pelo período pandêmico. Penso que, de fato, o exercício da maternidade enquanto enfrentávamos uma Pandemia pode ter sido sim mais complexo para algumas mulheres. A prevenção de agravos e promoção de saúde mental deve ser analisada de forma mais acentuada para essas mulheres que vivenciam a maternidade em um período marcado por isolamento social, restrições, mortes crescentes, medos e aflições inerentes ao momento pandêmico.

Outro espaço que se abre é pesquisar sobre o impacto das transformações da paternidade na saúde mental do pai. O nascimento de um filho é uma experiência de família e

o genitor também carrega consigo a construção sócio-histórica-cultural-religioso sobre a paternidade, e precisa de cuidados e atenção.

Um aprofundamento possível, que demandaria método próprio e técnicas de observações, tempo e registros adequados relaciona-se ao estudo das proposições de desenvolvimento de formas de prevenção de agravos e de promoção de saúde mental materna, sua efetividade e eficiência. Para esse aprofundamento teríamos uma pesquisa mais extensa que possa, por exemplo, abarcar um grupo de mães que esteve em psicoterapia ao longo da gestação até os três anos de idade de seu filho e outro grupo que não esteve em processo psicoterapêutico nesse período.

Foi uma caminhada complexa e animadora. Sim, uma dicotomia, assim como é a dicotomia de ser mulher e mãe. Fica a esperança de que, com esta pesquisa, o maternar seja percebido de maneira mais leve, que as mulheres mães consigam encontrar formas de manter-se mentalmente saudáveis, mesmo com os impactos das transformações da maternidade em suas vidas, com a indicação da Gestalt-terapia como método de trabalho para proposição de formas de prevenção de agravos e promoção da saúde mental materna.

Tenho o imenso prazer de terminar essa dissertação de mestrado com esta pesquisa tão esperada e planejada por uma mulher que é mãe e Gestalt-terapeuta que tem a satisfação em poder contribuir por meio do exercício profissional como Psicóloga Clínica para o desenvolvimento da saúde mental materna.

Anexo I

Instrumento de coleta de dados

Entrevista semi-estruturada previamente elaborada para a pesquisa, composta por perguntas fechadas e abertas relacionadas às percepções que as participantes têm de si mesmas e sobre ser mãe, indicando sentimentos, sensações, preocupações, fantasias e ideias relacionadas à maternidade, nas etapas de gestação, parto, puerpério, lactação, crescimento e desenvolvimento do filho até os três anos de idade, e descrever sua visão de mundo sobre a maternidade, sobre sua relação com o filho e sua rede de apoio. Em termos práticos, a entrevista semi-estruturada contará com os seguintes tópicos:

- Dados gerais: sexo, idade, idade dos filhos, estado civil, profissão, convivência com o(s) pai(s) do(s) filho(s).
- Percepção da experiência nas fases: gestação, parto, pós-parto imediato, puerpério, lactação.
- Sentimentos em relação ao período gestacional.
- Percepção da presença e ajuda de rede de apoio durante a gestação.
- Percepção da presença e apoio emocional do pai do filho durante a gestação.
- Percepções específicas sobre o parto, lactação, puerpério, licença maternidade, desempenho no trabalho, autocuidado, vivências sociais cotidianas.
- Aspectos gerais dessas vivências e percepções.

Entrevista semi-estruturada

Nome:

Idade:

E-mail:

Qual a idade de seu/sua/suas/filhos/filhas:

Estado Civil:

Profissão:

1. Você está gestante?
2. Você considera ter uma convivência adequada com o(s) pai(s) do(s) filho(s), convivência tanto com você como com o(s) filho(s)?
3. Você possui algum filho com necessidades especiais?

4. Como você descreve sua experiência nas seguintes fases:

	Péssima	Ruim	Razoável	Boa	Ótima
Gestação					
Parto					
Pós-parto imediato					
Puerpério					
Lactação					

Vamos falar um pouco sobre sua gestação

5. Com que frequência você se sentiu na maior parte do período gestacional:

	Muito frequentemente	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
Triste					
Desanimada					
Desesperada					
Feia					
Gorda					
Cansada					
Enjoada					
Esgotada					
Agitada					
Ansiosa					
Com medo					
Bem					
Feliz					
Tranquila					
Animada					
Bonita					
Plena					

6. Como você identifica a presença e a ajuda de sua rede de apoio durante a gestação?

	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
Pai de seu filho					
Familiares					
Amigos					
Colegas de trabalho					
Outros					

7. Como você identifica a presença de apoio emocional do pai de seu filho durante a gestação? () Sempre () Quase sempre () Às vezes () Quase nunca () Nunca

Vamos falar um pouco sobre o momento do parto

8. Em uma escala de 1 (pouca intensidade) a 5 (muita intensidade), como você descreve sua experiência durante o parto?

	1	2	3	4	5
Normal					
Tranquila					
Maravilhosa					
A melhor experiência da minha vida					
Estressante					
Desesperadora					
Frustrante					
Péssima					
A pior experiência da minha vida					
Não gosto nem de lembrar					

9. Você considera que sua opinião na escolha do tipo de parto foi respeitada pela equipe médica?

10. Você pôde ser acompanhada por uma pessoa de sua confiança no momento do parto?

Vamos falar um pouco sobre o período do puerpério que são os 45 dias após o parto

11. Com que frequência você se sentiu na maior parte do período gestacional:

	Muito frequentemente	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
Triste					
Desanimada					
Desesperada					
Feia					
Gorda					
Cansada					
Enjoada					
Esgotada					
Agitada					
Ansiosa					
Com medo					
Bem					
Feliz					
Tranquila					
Animada					
Bonita					
Plena					

12. Como você identifica a presença e a ajuda de sua rede de apoio durante o puerpério?

	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
Pai de seu filho					
Familiares					
Amigos					
Colegas de trabalho					
Outros					

13. Como você identifica a presença de apoio emocional do pai de seu filho durante o puerpério? () Sempre () Quase sempre () Às vezes () Quase nunca ()

Vamos falar um pouco sobre sua experiência com a amamentação

14. Você amamentou ou amamenta seu/sua filho/filha com o leite materno?

15. Em uma escala de 1 (pouca intensidade) a 5 (muita intensidade), como é ou como foi sua experiência de amamentar seu filho?

	1	2	3	4	5
Normal					
Tranquila					
Maravilhosa					
Alegre					
A melhor experiência da minha vida					
Estressante					
Desesperadora					
Com dores					
Solitária					
Frustrante					
Triste					
A pior experiência da minha vida					
Não gosto nem de lembrar					

16. Como você identifica a presença e a ajuda de sua rede de apoio durante a amamentação?

	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
Pai de seu filho					
Familiares					
Amigos					
Colegas de trabalho					
Outros					

17. Como você identifica a presença de apoio emocional do pai de seu filho durante a amamentação? () Sempre () Quase sempre () Às vezes () Quase nunca () Nunca

Vamos falar um pouco sobre sua experiência com o retorno ao trabalho

18. Após o período de licença maternidade você voltou a trabalhar?

19. Como você avalia a experiência de retornar ao trabalho após o período de licença maternidade? () Péssima () Muito ruim () Ruim () Satisfatória () Boa () Ótima () Tranquila

20. Como você avalia seu desempenho no trabalho após o nascimento de seu filho?

() Péssimo () Muito ruim () Ruim () Satisfatório () Normal () Ótimo

21. Como você identifica a presença e a ajuda de sua rede de apoio enquanto você trabalha?

	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
Pai de seu filho					
Familiares					
Amigos					
Berçário/Creche/Escola					
Babá					

22. Como você identifica a presença de apoio emocional do pai de seu filho enquanto você trabalha? () Sempre () Quase sempre () Às vezes () Quase nunca () Nunca

Vamos falar um pouco sobre sua experiência com seu auto-cuidado

23. Como que frequência você tem experiência de auto-cuidado?

	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
Alimentação saudável					
Exercício Físico					
Consultas médicas					
Cuidado com seu cabelo					
Cuidado com sua pele					

Cuidado com seu rosto					
Cuidado com suas unhas					
Quantidade de horas satisfatórias de sono					

24. Como que frequência elas mantêm as seguintes experiências?

	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
Momentos com suas amigas e amigos					
Momentos com seu marido/namorado/ Companheiro					
Momentos sozinha (sem filhos ou outras pessoas)					
Comprar sapatos para você					
Comprar sapatos para você seu filho					
Comprar roupas para você					
Comprar roupas para seu filho					
Saída para bar/restaurante/cafeteria/ outros					
Viagens sem filhos					
Viagens com filhos					

Últimas perguntas:

25. O que é ser mãe para você?

26. Como é para você a experiência de ser mulher e mãe?

Anexo II

Parecer consubstanciado do CEP

INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saúde Mental e suas Transformações na Percepção da Maternidade da Mulher, à luz da Gestalt-Terapia

Pesquisador: MARIANA CORREIA LACERDA CARVALHO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58843222.9.0000.5540

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UNB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.493.424

Apresentação do Projeto:

A pesquisadora informa que a pesquisa tem como desenho principal Trata-se de pesquisa aplicada quanto à natureza; qualitativa quanto à forma de abordagem do problema; descritiva e exploratória quanto aos objetivos gerais; e de base clínica (entrevista semi-estruturada) quanto ao procedimento técnico de coleta de dados.

A pesquisa terá como opção metodológica a análise qualitativa realizada a partir de entrevistas semiestruturadas individuais com as participantes. Os dados serão analisados tendo como foco a identificação do reconhecimento de si como sujeito tomados, nessa pesquisa, como base da saúde mental das mulheres que são mães.

Número de participantes envolverá a participação de 10 mulheres, adultas, brasileiras, sem escolaridade específica, com filhos de até 3 anos de idade, independentemente do número total de filhos, com necessária convivência com o pai de seu(s) filho(s).

O Plano de recrutamento das participantes será por meio de convite será feito na modalidade 'bola de neve', em que uma participante indica outra participante para a pesquisa.

Critério de Inclusão:

- Sexo feminino, auferido por autodeclaração.
- Idade entre 25 a 40 anos, auferida por autodeclaração.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB



Continuação do Parecer: 5.493.424

- Que tenham filho(s) de até três anos de idade, independente da idade dos outros filhos, se for o caso.
- Independente de: número de filhos, estado civil, profissão.
- Que percebam que possuem convivência adequada com o(s) pai(s) do(s) filho(s), convivência tanto com ela como com o(s) filho(s), auferida por autodeclaração.

A análise dos dados envolverá a identificação de quais são as transformações percebidas pelas participantes ao se tornarem mães, quais são seus sentimentos e sensações em maternar, como entendem seu papel de mãe e como se relacionam aos outros papéis que exerce, como são suas relações com a rede de apoio, e como é sua relação com seu filho.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Será analisar as percepções das transformações no jeito de ser no mundo de mulheres com filhos de até três anos de idade.

Objetivo Secundário:

(a) identificar como as mães qualificam suas experiências, sentimentos, sensações e presença de rede de apoio nas situações que envolvem a maternidade, como a gestação, parto, puerpério, lactação e alterações no seu cotidiano;

(b) discutir essas alterações no modo de ser no mundo tendo como base teórica a Gestalt-Terapia;

(c) propor ações específicas de prevenção em saúde mental para as mães com filhos pequenos.

Instrumentos Entrevista semiestruturada previamente elaborada para a pesquisa, composta por perguntas fechadas e abertas relacionadas às percepções que as participantes têm de si mesmas e sobre ser mãe, indicando sentimentos, sensações, preocupações, fantasias e ideias relacionadas à maternidade, nas etapas de gestação, parto, puerpério, lactação, crescimento e desenvolvimento do filho até os três anos de idade, e descrever sua visão de mundo sobre a maternidade, sobre sua relação com o filho e sua rede de apoio.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB



Continuação do Parecer: 5.493.424

A pesquisa apresenta risco potencial de constrangimento ao pedir à participante que relate dados demográficos e sobre a convivência do o(s) pai(s) do(s) seu(s) filho(s). A pesquisa também apresenta risco potencial de produzir sofrimento psíquico, ao evocar experiências subjetivas da gestação, parto, puerpério, lactação, cotidiano das participantes. Para prevenir estes riscos, a entrevista será feita em ambiente seguro e será realizada pela pesquisadora, que é Psicóloga Especialista em Psicologia Clínica pelo Conselho Federal de Psicologia. As entrevistas semi-estruturadas serão realizadas no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP) do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, por terem a estrutura necessária para o cumprimento das exigências éticas de pesquisa.

Benefícios:

Como benefício direto à participante, será disponibilizado um espaço de escuta clínica qualificada para se expressar livremente, ter seus sentimentos qualificados nesta escuta.

Ponderação entre riscos e benefícios. Uma vez que os riscos potenciais serão prevenidos, bem como será garantido o direito da participante a ter atendimento, caso ocorra algum risco não previsto, compreende-se que haverá vantagem benéfica às participantes por terem potencialmente elaborar quaisquer sofrimento emocional que ela não tenha tido outro espaço como este, além de se ter relevância social da pesquisa, por tratar diretamente da saúde mental materna.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa apresenta na descrição do desenho do método e documentos em acordo às exigências das Resoluções CNS 466/2012, 510/2016 e complementares. Entretanto, questões que mostram -se relevantes em relação aos

- Roteiro para elaboração dos relatórios de pesquisa que a pesquisadora apresentou deve ser anexado no processo após a entrada ao cenário de pesquisa e efetivação do tratamento e análise dos dados. Portanto, orienta-se a pesquisadora a cumprir este documentos após o tratamento e análise dos dados (relatório parcial) e quando finalizar seu estudo (relatório final)

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresentou documentos de acordo às exigências das Resoluções CNS 466/2012, 510/2016 e complementares, como:

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br

Página 03 de 05

INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB



Continuação do Parecer: 5.493.424

- Aceite institucional da diretora do Instituto de Psicologia;
- TCLE dirigido aos participantes da pesquisa detalhando sobre a coleta de dados
- Roteiro para elaboração dos relatórios de pesquisa
- Roteiro sobre as questões da entrevista semiestruturada
- Folha de rosto assinada pela Diretora do Instituto de Psicologia
- Cronograma indicando busca ativa pelos participantes em junho e no mês de junho a entrevista
- Carta de revisão ética, apresentado aspectos relacionados aos instrumentos realizados na pesquisa e informando encaminhamentos que realizará;
- Carta de envio do projeto ao CEP informando o estudo de mestrado e início da pesquisa no mês de julho;
- Projeto

Recomendações:

O projeto de pesquisa mostra-se às exigências das Resoluções CNS 466/2012, 510/2016 e complementares, como a circular N. 02 de 24 de fevereiro 2021. Entretanto, sugiro atentar para dois aspectos relevantes,

- (1) O momento de envio do relatório de pesquisa ao CEP apenas após o final da saída de campo; e
- (2) Esclarecer posteriori como se dará a busca inicial das participantes, qual será o meio de escolha

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugiro que a pesquisadora com base Resoluções CNS 466/2012, 510/2016 e complementares, no sentido de posteriori esclarecer recomendação destacadas, principalmente no que refere a busca inicial pelas participantes do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1937151.pdf	17/05/2022 13:06:19		Aceito
Parecer Anterior	Relatório.pdf	17/05/2022 13:05:34	MARIANA CORREIA LACERDA	Aceito

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB**



Continuação do Parecer: 5.493.424

Parecer Anterior	Relatorio.pdf	17/05/2022 13:05:34	CARVALHO	Aceito
Outros	Instrumento_de_coleta_de_dados.pdf	17/05/2022 12:47:32	MARIANA CORREIA LACERDA CARVALHO	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes.pdf	17/05/2022 12:44:04	MARIANA CORREIA LACERDA CARVALHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mariana_Comite.pdf	17/05/2022 12:42:39	MARIANA CORREIA LACERDA CARVALHO	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	17/05/2022 12:42:23	MARIANA CORREIA LACERDA CARVALHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/05/2022 12:42:06	MARIANA CORREIA LACERDA CARVALHO	Aceito
Outros	Carta_de_revisao_etica.pdf	17/05/2022 12:40:20	MARIANA CORREIA LACERDA CARVALHO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_aceite_institucional.pdf	17/05/2022 12:39:05	MARIANA CORREIA LACERDA CARVALHO	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento.pdf	17/05/2022 12:38:07	MARIANA CORREIA LACERDA CARVALHO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	17/05/2022 12:36:49	MARIANA CORREIA LACERDA CARVALHO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

BRASILIA, 27 de Junho de 2022

Assinado por:
MARCIO CAMARGO CUNHA FILHO
(Coordenador(a))

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br

Referências

- Abreu, S., Barletta, J. B., & Murta, S. G. (2015). Prevenção e promoção em saúde mental: pressupostos teóricos e marcos conceituais. In S. G. Murta, & C. Leandro-França, & K. B. Santos & L. Polejack (Orgs.), *Prevenção e Promoção em Saúde Mental: Fundamentos, Planejamento e Estratégias de Intervenção*. (pp. 54 – 74). Sinopsys.
- Alvim, B. M. (2014). Awareness: experiência e saber da experiência. In L, M. Frazão & K. O. Fukumitsu (Orgs.), *Gestalt-terapia: conceitos fundamentais*. (v 02, pp. 13-30). Summus Editorial.
- Cardelha, B. H. P. (2016). Introjeção. In G. D'Acri., P. Lima (Ticha) & S. Orgler. (Orgs.), *Dicionário de Gestalt-terapia: Gestaltês*. (3.ed., p. 222-224). Summus.
- Cardoso, C. L. (2013). A face existencial da Gestalt-terapia. In L, M. Frazão, & K. O. Fukumitsu (Orgs.), *Gestalt-terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas*. (v 01, pp. 59-75). Summus Editorial.
- D'Acri, G. (2016). Introjeção. In G. D'Acri., P. Lima (Ticha) & S. Orgler. (Orgs.), *Dicionário de Gestalt-terapia: Gestaltês*. (3.ed., p. 157-158). Summus.
- Dicionário eletrônico Houassis da língua portuguesa. Objetiva, 2001.
- Frazão, L. M. (2013). Um pouco da história...um pouco dos bastidores. In L, M. Frazão, & K. O. Fukumitsu (Orgs.), *Gestalt-terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas*. (v 01, pp. 11-23). Summus Editorial.
- Ferraz, P. (2016). Gestalt-terapia. In, G. D'Acri, P. Lima & S. Orgler. *Dicionário de Gestalt-terapia: "Gestaltês"*. (3.ed., pp.137-139). Summus
- Ginger, S. & Ginger, A. (1995). *Gestalt: uma terapia do contato*. (5. ed.). Summus.
- Guia Alimentar para a População Brasileira: promovendo a Alimentação Saudável. (2008). (1.ed.).https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2008.pdf
- Gutman, L. (2010). *A maternidade: e o encontro com a própria sombra*. (L. C. Cabral Trads.). BestSeller. (Trabalho original publicado em 1958).
- Holanda, A. F. (2014). *Fenomenologia e Humanismo: Reflexões Necessárias*. Juará.

- Juliano, J. C. (2004). Gestalt-terapia: revisitando nossas histórias. *IGT na rede –Revista Virtual*, 1(1), <http://www.igt.psc.br/ojs/viewarticle.php?id=33>
- Knowles, J. P. & Cole, E. (Orgs.) (1990). *Motherhood: A Feminist Perspective*. Binghampton, NY: Haworth Press.
- Lima (Ticha), P. (2016). Experiência. In, G. D’Acri, P. Lima & S. Orgler. *Dicionário de Gestalt-terapia: “Gestaltês”*. (3.ed., pp.107-109). Summus.
- Maldonado, M. T. (2017). *Psicologia da Gravidez: Gestando pessoas para uma sociedade melhor*. Editora Saraiva.
- Maushart, S. (2006). *A Máscara da maternidade: Por que fingimos que ser mãe não muda nada?* (D. A. Azevedo Trads.). Editora Melhoramentos.
- Mendonça, M. M. (2016). Ajustamento Criativo. In, G. D’Acri, P. Lima & S. Orgler. *Dicionário de Gestalt-terapia: “Gestaltês”*. (3.ed., pp.20-22). Summus.
- Parker, R. (1995). *A mãe dividida: a experiência da ambivalência na maternidade*. (A. D. X. Lima Trads.). Editora Rosa dos Tempos.
- Pinheiro, M. E. (2016). Frustração. In, G. D’Acri, P. Lima & S. Orgler. *Dicionário de Gestalt-terapia: “Gestaltês”*. (3.ed., pp.123-125). Summus.
- Polster, E. & Polster, M. (2001). *Gestalt-terapia integrada*. (Augusto, S., Trads). Summus Editorial.
- Raphael-Leff, J. (2018). *Gravidez: a história interior*. (V. M. Cruz Trads.) Editora Edgard Blucher Ltda.
- Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. (2001). (1.ed.). https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42390/4/WHR_2001_por.pdf
- Ribeiro, D. G., Perosa, G. B., Padovani, F. H. P. (2014). *Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida: aspectos sociodemográficos e de saúde mental materna*. Ciência & saúde coletiva. Vol.19 (1), p.215-226.
- Ribeiro, J. P. (2007). *O ciclo do contato: temas básicos na abordagem gestáltica*. (5. ed.). Summus.

- Ribeiro, J. P. (2011). *Conceito de mundo e de pessoa em Gestalt-terapia: revisitando o caminho*. Summus.
- Ribeiro, J. P. (2013). *Psicoterapia: Teorias e Técnicas Psicoterápicas*. (2. ed.). Summus.
- Ribeiro, J. P. (2016). *Vade-Mécum de Gestalt-Terapia: Conceitos Básicos*. Summus.
- Ribeiro, J. P. (2022). *Gestalt-terapia: por outros caminhos*. Summus.
- Rocha-Coutinho (2005). Variações sobre um antigo tema: a maternidade para as mulheres com uma carreira profissional bem-sucedida. In T. Féres-Carneiro (Org), *Família e casal: efeitos da contemporaneidade*. Editora Puc Rio.
- Salomão, S. (2016). Cadeira Vazia. In, G. D’Acri, P. Lima & S. Orgler. *Dicionário de Gestalt-terapia: “Gestaltês”*. (3.ed., pp.35-37). Summus.
- Silvia, J. (2020). *Pode uma mãe não gostar de ser mãe? As controvérsias acerca do feminino*. Appris Editora.
- Shneider, D. R. (2015). Da saúde mental à atenção psicossocial: trajetórias da prevenção e da promoção de saúde. In S. G. Murta, & C. Leandro-França, & K. B. Santos & L. Polejack (Orgs.), *Prevenção e Promoção em Saúde Mental: Fundamentos, Planejamento e Ensino*.
- Soifer, R. (1980). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Editora Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1999). *Os bebês e suas mães*. (J. L. Camargo Trads.) Martins Fontes.