



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**MATERNIDADE ESCOLA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE**  
**PERINATAL**



**JANE GONÇALVES PESSANHA NOGUEIRA**

**RODAS DE CONVERSA: UMA ESTRATÉGIA DE ESTÍMULO AO VÍNCULO**  
**MÃE-BEBÊ**

**Rio de Janeiro**

**2017**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**MATERNIDADE ESCOLA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PERINATAL**

**JANE GONÇALVES PESSANHA NOGUEIRA**

**RODAS DE CONVERSA: UMA ESTRATÉGIA DE ESTÍMULO AO VÍNCULO**  
**MÃE-BEBÊ**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Perinatal, Maternidade Escola de Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Perinatal.

Orientadora: Prof. Dra. Marisa Schargel Maia

**Rio de Janeiro**

**2017**

N689 Nogueira, Jane Gonçalves Pessanha  
Rodas de Conversa: uma estratégia de estímulo ao vínculo mãe-bebê/  
Jane Gonçalves Pessanha Nogueira. - Rio de Janeiro: UFRJ/ Maternidade  
Escola, 2017.  
114 f. ; 31 cm.  
Orientadora: Prof. Marisa Schargel Maia  
Dissertação (Mestrado em Saúde Perinatal) - Universidade Federal do  
Rio de Janeiro, Maternidade Escola, 2017.  
Referências bibliográficas: f. 56  
1. Estímulo ao Vínculo Mãe-bebê. 2. Ambiente Facilitador. 3. Roda de  
Conversa. 4. Caderneta de Saúde da Criança (CSC). 5. Saúde Materno  
Infantil – Dissertação. I. Maia, Marisa Schargel. II. Universidade Federal  
do Rio de Janeiro, Maternidade Escola. III. Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**MATERNIDADE ESCOLA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PERINATAL**

Autor: Jane Gonçalves Pessanha Nogueira

Orientadora: Prof. Dra. Marisa Schargel Maia

RODAS DE CONVERSA: uma estratégia de estímulo ao vínculo mãe-bebê

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Perinatal, Maternidade Escola de Universidade Federal do Rio de Janeiro- UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Perinatal.

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

---

Presidente: Profª Doutora Marisa Schargel Maia - Maternidade escola UFRJ

---

Profª Doutora Marcia Cristina Neves Merquior - Universidade Estácio de Sá

---

Profª Doutora Ana Paula Vieira dos Santos Esteves - Centro Universitário Serra dos Órgãos e UFRJ

Aos meus incansáveis mestres, João e Pedro,  
meus amados filhos.

A Maria Antonia e Catarina, presença  
feminina em minha vida.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus amados e corajosos pais Reginaldo e Raquel que me ensinaram um delicioso bem querer pela vida e pelo trabalho.

A Guenther, meu querido companheiro de todas as horas, inclusive quando eu me fazia ausente imersa na construção desse estudo.

Ao meu querido irmão, José Reginaldo, que muito cedo me apresentou o prazer pela leitura e o gosto pelo conhecimento.

Às minhas noras queridas, Roberta e Laura, que compreenderam carinhosamente a minha ausência no dia a dia da família.

Às minhas 'irmãs' Alba Regina, Andrea Albuquerque, Cecilia Sant'Iago, Célia Seraphico, Eldenora Costa, Fatima Tardin, Monica Soriano, Neide Vasconcelos, Regina Santos, Sonia de Britto, Vera Monteiro e Zulma Taveiros.

À minha querida amiga Selma Eschenazi, que me ensinou a abrir trilhas ao invés de só andar nos trilhos.

A André Nogueira, meu amigo desde sempre.

A Ana Cristina, responsável por uma hora semanal de aprendizado e alegria.

A Jorge Veschi, que tem pacientemente simplificado minha jornada de descobertas.

A Nágile Farah, minha mestra!

Às minhas amigas da Oficina de Psicanálise por manterem meu 'lugar' reservado.

A Marco Aurélio Jorge, aquele que primeiro me apresentou "o grupo" e me ensinou a reconhecer as nuances da alma humana.

À EBBS, que despertou em mim o interesse pelo tema pesquisado. Liliana Lugarinho, Liliane Penello, Selma Eschenazi, Marisa Maia, Beth Muller, Luciana Pitombo, Larissa Mendes, Rosane Siqueira, Flávia Figueiredo, Érika Gusmão e Karina Teléfora.

À Vera Cristina, que calmamente faz e refaz, para ficar cada vez melhor.

À minha querida turma do mestrado, que me trouxe novamente os ares e a alegria da juventude.

À Maternidade Escola, na pessoa do Diretor, o professor Joffre Amin Junior, que acreditou e possibilitou a execução desse projeto.

A toda a equipe do Ambulatório de pré-natal da ME, ao coordenador médico Rodrigo Rocco, que aprovou a execução desse projeto; as médicas Analzira Loreiro, Isabel Pinhal que

gentilmente facilitaram a formação da amostra da pesquisa, a enfermeira Priscila de Souza e técnica em enfermagem Claudia Portela sem as quais a logística não teria tido sucesso.

À equipe da biblioteca, que sempre atenciosa apresentava soluções para as situações mais difíceis.

A todo o pessoal do Setor de Ensino da ME, em especial Pedro Henrique.

À banca examinadora de qualificação e defesa Marcia Merquior, Ana Paula Esteves, Ana Claudia de Almeida e Ana Cristina Cunha

Aos professores do Programa de Mestrado da ME que, cada um a seu modo, acompanhou e estimulou a turma nesse percurso de pesquisa e crescimento.

À professora Ana Paula Esteves que com dedicação ímpar concorreu para essa conquista.

A Marisa Maia, minha orientadora, que acreditou, compreendeu e assegurou. Obrigada!

## FUTUROS AMANTES

(Chico Buarque de Holanda, 1993)

Não se afobe, não  
Que nada é pra já  
O amor não tem pressa  
Ele pode esperar em silêncio  
Num fundo de armário  
Na posta-restante  
Milênios, milênios  
No ar

E quem sabe, então  
O Rio será  
Alguma cidade submersa  
Os escafandristas virão  
Explorar sua casa  
Seu quarto, suas coisas  
Sua alma, desvãos

Sábios em vão  
Tentarão decifrar  
O eco de antigas palavras  
Fragmentos de cartas, poemas  
Mentiras, retratos  
Vestígios de estranha civilização

Não se afobe, não  
Que nada é pra já  
Amores serão sempre amáveis  
Futuros amantes, quiçá  
Se amarão sem saber  
Com o amor que eu um dia  
Deixei pra você

## RESUMO

O vínculo afetivo da mãe com seu filho, nos primeiros anos de vida, é literalmente fundamental para o desenvolvimento psíquico e afetivo da criança – disso não se dúvida. Assim também não se põe em xeque a necessidade de as gestantes cuidarem do desenvolvimento físico de seus bebês, fazendo criteriosamente o pré-natal. Entretanto, é preciso entender que a promoção da saúde integral demanda também a atenção ao vínculo mãe-bebê ainda durante a gestação. Nesta dissertação, os dois últimos trimestres de gestação são apontados como janela de oportunidade para se investir no incentivo a esse vínculo. A pesquisa qualitativa que realizamos nos levou a escolher, entre as técnicas de grupo, as Rodas de Conversa como modalidade privilegiada para a coleta de dados a serem posteriormente analisados. A esse recurso metodológico, somaram-se entrevistas semiestruturadas, feitas individualmente com as pacientes que participaram da pesquisa. A Caderneta de Saúde da Criança (CSC), documento do Ministério da Saúde com orientações – para mães, familiares e profissionais de saúde – teve importância crescente no decorrer da pesquisa, uma vez que se impôs como âncora de grande parte das conversas e debates que movimentaram as Rodas. Pretendemos, com este estudo, confirmar a eficácia das Rodas de Conversa como estratégia de fomento ao vínculo mãe bebê. Para tanto, fizemos um percurso de leitura sobre os temas que embasaram o estudo, quais sejam, o vínculo afetivo, o grupo, a conversa, as Rodas de Conversa e a CSC. A experiência das Rodas de Conversa – aqui apresentada também com suas limitações – comprovou ser, além de um instrumento metodológico eficaz, um espaço potente de transmissão de cuidado.

**Palavras-chave:** Desenvolvimento infantil. Saúde da Criança. Cuidado da Criança. Comunicação em Saúde. Gestantes. Processos Grupais.

## ABSTRACT

The emotional bond between a mother and her child, in the first years of life, literally is fundamental to the child's psychic and emotional development – there is no doubt. By the same token, no one doubts the need of pregnant women to care for the physical development of their babies, judiciously taking antenatal care. However, it is important to understand that integral health promotion also demands an attention to the mother-child bond even during pregnancy. In this dissertation the last two pregnancy quarters are singled out as investment opportunity window for the incentive of this bond. Qualitative research done by us led us to choose, among group dynamics, the Conversational Circle as preferred modality for collecting data to be later analysed. To this methodological asset we added semistructured interviews done individually with patients that took part in the research. The Child Health Handbook (CHH), a Ministry of Health document containing guidelines – for mothers, family members and health care professionals – took an increasingly important role during research development, as it asserted itself as anchor in great part of the chats and debates that moved the Circles. Our intent, in this research, is to confirm the effectiveness of Conversational Circles as mother-child bond fostering strategy. To that end, we did a reading journey on the base subjects of our research, namely the Emotional Bond, the Group, the Conversational Circle and the CHH. The Conversational Circle experience – shown here even with its shortcomings – turned out being, apart from an efficient methodological tool, a powerful health care transmission space.

**Key words:** Child Development. Child Health. Child Care. Health Communication. Pregnant Women. Group Processes.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
2	OBJETIVOS.....	12
<b>3</b>	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA: O PERCURSO DO ESTUDO .....</b>	<b>13</b>
3.1	Conversa Com Os Autores.....	13
3.2	Um Destaque Para Os Conceitos: Vínculo, Ambiente E Conversa.....	16
3.3	Considerações Metodológicas .....	20
3.4	Caderneta De Saúde Da Criança: Instrumento De Ancoragem Para As Rodas.....	24
<b>4</b>	<b>SOBRE GRUPOS E RODAS .....</b>	<b>26</b>
4.1	Pequeno Histórico.....	26
4.2	O Grupo: Um Reforço Em Direção À Saúde.....	28
4.3	Paideia Ou O Método Da Roda .....	31
<b>5</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>33</b>
<b>5.1</b>	<b>A Natureza Da Pesquisa .....</b>	<b>33</b>
5.2	Campo De Trabalho.....	34
<b>5.3</b>	<b>Nas Rodas: Conversa Vai, Conversa Vem.....</b>	<b>35</b>
5.4	Por Que Roda De Conversa?.....	37
5.5	Como Começa Essa Roda .....	39
5.6	Perfil Da Amostra.....	40
<b>6</b>	<b>RESULTADOS, DISCUSSÃO E ANÁLISE.....</b>	<b>42</b>
6.1	Dinâmica Das Rodas De Conversa.....	43
6.2	Entrevistas .....	49
6.3	Limites E Adversidades .....	52
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>54</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>56</b>
	<b>APÊNDICE A – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>60</b>
	<b>APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista.....</b>	<b>62</b>
	<b>APÊNDICE C - Projeto Aplicativo .....</b>	<b>64</b>
	<b>APÊNDICE D – Artigo Original.....</b>	<b>76</b>
	<b>APÊNDICE E – Artigo 1 Case Study.....</b>	<b>85</b>
	<b>APÊNDICE F - Artigo 2 Relato De Experiencia Case Study .....</b>	<b>95</b>
	<b>ANEXO A – Parecer Consubstanciado Do CEP.....</b>	<b>112</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho é o resultado da aplicação de meu projeto de pesquisa para o Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola-UFRJ (2015-2016). A pesquisa foi realizada no ambulatório de pré-natal, com a utilização das Rodas de Conversa como recurso metodológico. O objetivo era averiguar se essa modalidade de técnica grupal – Roda de Conversa – pode ser considerada um dispositivo eficiente de ação educativa para o incentivo ao vínculo afetivo das mães com seus bebês.

O embrião do projeto surgiu nos meus últimos anos de trabalho, quando passei a integrar a equipe da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS)<sup>1</sup>, iniciativa ancorada no Instituto Fernandes Figueiras IFF-FIOCRUZ-MS. A EBBS<sup>2</sup>, com seus operadores conceituais – cartografia, grupalidade e cuidado – teve participação crucial na construção e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)<sup>3</sup>, ao assumir a formação de consultores estaduais de todo o país. Esse trabalho foi baseado no ‘modo de fazer EBBS’<sup>4</sup>, com oficinas presenciais, utilizando os recursos de trabalhos em grupo – Grupo Balint e Roda de Conversa – e atividades realizadas por meio da plataforma de ensino a distância (EAD), tais como discussão de textos, de casos clínicos ou de situações de difícil manejo que os consultores estivessem vivenciando em seus territórios.

Os consultores faziam a ponte entre os estados que representavam – com suas necessidades próprias, suas deficiências e suas potencialidades – e a Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM-MS). Sua contribuição resultou no texto final de uma política pública em saúde, voltada para o cuidado integral da criança, bem como na implementação dessa política nos territórios.

Foi ao interagir com os consultores como coordenadora de oficinas que me deparei com um cenário bastante diversificado. Conheci parte da realidade de nossas

---

<sup>1</sup> Criada em 2007. Iniciativa da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em parceria com Ministério da Saúde (MS) [www.estrategiabrasileirinhos.com.br](http://www.estrategiabrasileirinhos.com.br) acesso em 20 de fev. 2017

<sup>2</sup> Para maior aprofundamento, ver MAIA, M.S. et al Cartografia Grupalidade e Cuidado: operadores conceituais do processo de formação da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis In Divulgação para saúde em debate nº23 CEBES Rio de janeiro 2016; Penello, L.M. *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis*

(EBBS): sobre as razões e os afetos deste percurso estratégico em defesa de uma Política Nacional de atenção Integral à Saúde da Criança. In, Divulgação para saúde em debate nº23 CEBES Rio de janeiro 2016

<sup>3</sup> O texto da portaria da PNAISC encontra-se disponível na internet:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015). radores conceituais do processo de formação da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis In Divulgação para saúde em debate nº23 CEBES Rio de janeiro 2016

maternidades e também de nossas crianças, suas mães e famílias. Comecei a repensar temas que, até então, para mim, tinham caminhos óbvios, mas que, na prática, apresentavam diferenças, divergências e muitas vezes sérios impedimentos. Foi ficando cada vez mais claro o quão potente e decisiva é a qualidade das relações iniciais, a forma como a criança é recebida, cuidada e respeitada na sua chegada ao mundo.

É consenso que um ambiente afetivo e acolhedor é fundamental para um bom desenvolvimento; nem sempre, porém, se compartilha o mesmo sentido e os mesmos valores para definir o que é saudável, o que é importante e o que é possível. Por isso, foi-me necessário alinhar a proposta de pesquisa a um referencial teórico capaz de substanciar a investigação, harmonizando propósito, teoria e técnica.

Dessa forma, demos início à pesquisa com a leitura de autores que são referências consagradas sobre o vínculo inicial do bebê com sua mãe, incluindo a importância de um ambiente favorável nesse período para um desenvolvimento saudável. Seguimos discutindo e construindo um desenho metodológico adequado ao objetivo deste estudo, em que as Rodas de Conversa são o eixo organizador. Somamos a essa modalidade de trabalho grupal a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) como um instrumento de ancoragem para as conversas em roda. Finalizando, apresento o desenrolar dos encontros, algumas observações e a análise do conteúdo das narrativas.

## 2 OBJETIVOS

O objetivo geral deste estudo é, portanto, verificar a eficácia das Rodas de Conversa como metodologia de educação em saúde, para estimular o vínculo mãe-bebê, visando o desenvolvimento emocional infantil saudável. Para tanto, foi preciso buscar a consecução de objetivos específicos que foram o alicerce dessa pesquisa, quais sejam:

- Promover as Rodas de Conversa como espaço de troca e aprendizado entre as usuárias gestantes do serviço (ME).
- Entender a Roda de Conversa como espaço para detecção de possíveis dificuldades na construção do vínculo afetivo das gestantes.
- Aproveitar as Rodas de Conversa para sensibilizar o casal parental para a importância de seu protagonismo no desenvolvimento integral saudável.
- Construir subsídios, através do Produto Aplicativo, para a criação de Rodas de Conversa como dispositivo de promoção de saúde.
- Utilizar a CSC como âncora nas Rodas de Conversa, apresentando-a como importante documento para o acompanhamento do desenvolvimento infantil.

### 3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA: O PERCURSO DO ESTUDO

Apresento aqui o caminho que percorri com o intuito de aprofundar os conhecimentos a respeito da conversa como dispositivo de saúde. Priorizando os primeiros momentos de vida do humano e propondo para a cena principal a relação mãe-bebê, ressalto a importância dos vínculos afetivos para um desenvolvimento integral saudável.

#### 3.1 Conversa com os Autores

Comecei por autores que, desde o início, me inspiraram no percurso na psicanálise e que são fontes primárias para qualquer pesquisador que ingresse num campo do saber que exija reflexão sobre o ambiente e sua importância para o desenvolvimento saudável. Escolhi, então, D.W. Winnicott (2005; 1988; 1975), autor do clássico *Da Pediatria à Psicanálise*. Em prefácio a essa obra, Masud Khan, o define como “aquele que dizia coisas tão evidentes, mas tão raramente abordadas” (KHAN, 1988). Escrevia de forma simples e acessível, sobre temas profundos para que suas ideias fossem compreendidas não só por seus pares, mas também pela população em geral.

Pediatra de formação, Winnicott dedicou-se ao estudo da psicanálise – “que, acreditava, poderia favorecer-lhe no entendimento de seus jovens pacientes e de suas mães” (FERREIRA, 2007, p.14) – e cunhou, com admirável ineditismo para a sua época, conceitos importantes para a compreensão do desenvolvimento humano, de seu viver e de seu adoecer.

Seus estudos avançavam no sentido de conhecer mais da primeira infância, das relações iniciais da criança com seus cuidadores e dos desdobramentos futuros. Destacou a importância, para um bom desenvolvimento, de um ambiente favorável nesse momento inicial da vida, fase em que se constroem os alicerces para a formação da personalidade. Em seu artigo *Desenvolvimento emocional primitivo*, de 1945, expressa sua compreensão sobre o tema da seguinte forma:

A importância da mãe é vital especialmente no início [...] tem como tarefa proteger seu bebê de complicações que ele não pode entender ainda e continuar a fornecer, de maneira uniforme, o pedacinho simplificado de mundo que a criança, através dela, passa a conhecer” (WINNICOTT, 1975, p.280)

Ao acompanhar clinicamente mães com seus bebês e observar essa relação como uma díade de efeito estruturante, engendra, por exemplo, os conceitos de ‘mãe suficientemente boa’ – aquela que desenvolve a capacidade de se identificar e se adaptar às necessidades do bebê – e de ‘ambiente facilitador’ que, nesse momento inaugural da vida, “coincide com os cuidados maternos” (ROSÁRIO; PENELLO, 2016, p.18).

Esses dois conceitos, em essência, formam, para compreensão desse momento da vida do ser humano, um entrelaçamento conceitual, pois ambos se referem à atmosfera ambiental em que o bebê e sua mãe<sup>4</sup> estão inseridos, ou seja, a tudo o que envolve direta ou indiretamente a mãe, sua personalidade, suas relações familiares. Essa ambiência que Winnicott chama de ambiente facilitador requer principalmente “uma qualidade humana, e não uma perfeição mecânica” (WINNICOTT, 2005, p.139)

Winnicott dedicou considerável parte de seu tempo ao tratamento de crianças seriamente afetadas pela guerra, parcela importante da população que se encontrava privada de suas famílias e abatida por profundo sofrimento psíquico. Muitos de seus artigos tratam ainda do manejo no atendimento a jovens em situação de marginalidade ou delinquência, e a relação desses com seu ambiente familiar. Seu interesse parecia estar movido pelo desejo de tornar a infância um momento menos sofrido para as crianças e seus responsáveis, e, assim, promover uma vida adulta mais saudável e feliz.

Sempre trabalhei, na clínica, com referencial teórico da psicanálise. A experiência na EBBS aumentou meu interesse pelo momento inaugural na vida do ser humano. De fato, a Estratégia atribui valor especial aos acontecimentos desse momento inicial; percebi então que o aprofundamento teórico proposto por Winnicott seria fundamental para compreender melhor determinados episódios da vida adulta, possibilitando uma intervenção mais adequada.

Aproximei-me também dos escritos de John Bowlby (1907-1990), contemporâneo de Winnicott, e, portanto, inserido num mesmo meio sociocultural: ambos viviam numa Inglaterra que havia experimentado as agruras de duas grandes guerras. Resgatei de Bowlby a ‘teoria do apego’, descrita resumidamente por esse autor como o processo de vinculação em que o ser humano se insere desde os primeiros momentos de vida, fenômeno imprescindível para o desenvolvimento (BOWLBY, 1982). Em outras palavras, trata-se da importância do vínculo entre os seres humanos, principalmente nos primeiros anos de vida, quando o aprendizado se dá basicamente pela via dos afetos.

---

<sup>4</sup> Importante esclarecer que toda vez que utilizarmos a palavra mãe, nos referimos à função materna, incluindo, portanto, as figuras substitutas.

No transcorrer da pesquisa, conheci também Boris Cyrulnik. Nascido em 1937, já em meio à II Grande Guerra, sofreu a dor que um conflito dessa monta pode trazer, principalmente para as crianças. Resolveu se dedicar profissionalmente à pesquisa, no intuito de compreender melhor o sofrimento psíquico dos ‘pequenos’. O resultado são, por exemplo, seus trabalhos sobre resiliência: a capacidade do ser humano de se reorganizar mesmo após a vivência de tragédias ou catástrofes, sejam elas de natureza física ou psíquica. (CYRULNIK, 2004)

Como adverte Marisa Maia em seu artigo *Crianças brincam: considerações sobre o desenvolvimento emocional infantil e a linguagem lúdica*, “a vida [...] é rica em possibilidades, e cada um traz consigo instrumentos de resiliência para lidar com suas adversidades” (MAIA, 2016, p. 38). Ela ressalta ainda que, para que esse processo de restauração se dê, é preciso que haja um tutor de resiliência, aquele que participa acolhendo, acompanhando e facilitando o movimento de recuperação física e ou psicológica do sujeito.

Richard Sennett: outra contribuição importante. Em seu livro *Juntos: os rituais, os prazeres e a política de cooperação*, faz uma longa e consistente apreciação a respeito das habilidades que, adquiridas na infância, são fundamentais para a construção da sociedade. A respeito do agir cooperativo, ele diz: “A capacidade de cooperar de maneiras complexas está enraizada, isto sim, nas etapas mais iniciais do desenvolvimento humano” (SENNETT, 2012, p. 20).

São maneiras de se relacionar em que considerar o outro é sempre uma necessidade. Em sua análise, esse sociólogo americano apresenta, portanto, a cooperação como a base dos relacionamentos humanos. Também fundamenta seus estudos nas teorias de Winnicott (1975) e Bowlby (1982), sustentando a ideia de que, desde o início, é preciso que haja um comportamento adaptativo da dupla mãe-bebê, o que exige uma atitude cooperativa de ambos. Sennett (2012) faz uma reflexão a respeito do resgate e aprimoramento dessas habilidades, alertando para o fato de que essas capacidades comuns da infância são “recursos de desenvolvimento que correm o risco de ser desperdiçadas pela sociedade moderna” (SENNETT, 2012, p.20.)

Ainda no estudo de autores que focam suas pesquisas na relação mãe-bebê e, por conseguinte, na gestação, passei a valorizar – com a leitura dos trabalhos de Maria Tereza Maldonado, reconhecida pesquisadora da psicologia da gravidez –, o último trimestre de

gestação<sup>5</sup>, como um recorte de tempo oportuno para o fomento ao vínculo afetivo das mães com seus bebês. Seu livro *Psicologia da Gravidez*, com data da primeira edição em 1985, é ainda considerado referência para estudos das transformações emocionais desse período na vida da mulher.

A maternidade e a paternidade são momentos existenciais extremamente importantes no ciclo vital, que podem dar à mulher e ao homem a oportunidade de atingirem novos níveis de integração e desenvolvimento da personalidade” (MALDONADO, 1988, p.12)

Essa autora traz para discussão a dimensão da importância e do cuidado devidos a esse período na vida da mulher, incluindo o companheiro e o ambiente familiar. Enfatiza que “o nascimento de um filho é uma experiência familiar” (MALDONADO, 1988, p. 24). Mostrou-se fundamental, portanto, aproveitar esse delicado espaço de tempo, considerando-o como uma janela de oportunidade para se investir no fomento ao vínculo inicial, e, por isso, o momento mais adequado para a intervenção proposta por este projeto.

Para reforçar a concepção de que o ambiente nessa fase da vida é de fundamental importância para um desenvolvimento saudável, retomo outra formulação que faz parte da teoria de Winnicott: o conceito ‘preocupação materna primária’, que se refere a um estado de extrema sensibilidade desenvolvido pela gestante nos últimos momentos da gestação. Tal estado se estende por mais algum tempo após o nascimento do bebê. Diz respeito a uma capacidade de identificação da mãe com seu bebê, capaz de fazê-la “sentir” como ele sente (WINNICOTT, 1975).

### **3.2 Um Destaque para os Conceitos: Vínculo, Ambiente e Conversa**

O homem, genuinamente um ser de relação, depende do olhar, da valorização e do reconhecimento do outro. É no encontro com o seu semelhante que ele se reconhece, se organiza e se afirma como sujeito; portanto, é na fronteira entre o que é individual e o que

---

<sup>5</sup> Esse momento da gravidez foi definido por essa autora como o período de maior sensibilidade e introversão da gestante, voltada para as modificações de seu corpo, para a percepção dos movimentos fetais e para sua relação com o futuro bebê (MALDONADO, 1976).

é coletivo que se abrem possibilidades de crescimento e de mudança. Dessa forma, o valor está no que é experimentado e vivido nos encontros e, principalmente, no caso do humano, a força básica se encontra justamente nos primeiros encontros da vida, melhor dizendo, na chegada ao mundo e no encontro com a mãe.

É a partir desses primeiros encontros, nos primeiros momentos de vida que se estabelecem a raiz do desenvolvimento emocional e a matriz embrionária de funções fundamentais para o desenvolvimento das capacidades inter-relacionais indispensáveis para as relações futuras com o mundo. Esse processo de desenvolvimento se inicia e se organiza a partir das primeiras relações com a mãe.

A formação dos vínculos iniciais é a matéria prima para o crescimento humano; são eles a força vital que levará à constituição do sujeito e de sua personalidade. Compreendendo esse laço inicial como aspecto fundante do ser no mundo, entende-se a vida afetiva como parte fundamental do suporte para o desenvolvimento pleno.

A esse respeito, tomo como referência os trabalhos do psicanalista e pesquisador britânico John Bowlby, que desenvolveu sua ‘teoria do apego’, ou ‘teoria de ligação’, a partir da observação de crianças afastadas de suas mães no período pós-guerra. Seu interesse era pensar em como dar respaldo emocional às crianças que se encontravam em abrigos, privadas de uma relação amorosa de cuidados.

A partir da constatação dos efeitos danosos provocados nos pequenos pelo distanciamento físico de suas mães, o pesquisador percebeu o valor primordial desse vínculo primevo. Desenvolveu sua teoria como “um modo de conceituar a propensão dos seres humanos a estabelecerem fortes vínculos afetivos com alguns outros” (BOWLBY, 1982, p.168). A ideia é conceituar algo que tem a natureza de um acontecer de emoções, de sensorialidade e de linguagem. Sua teoria traduz a importância vital da construção de vínculos fortes no início da vida para que se tenha um desenvolvimento satisfatório. “O apego significa, não somente o fato de ser amado, mas de ser assegurado de algo, assumindo uma função de base de segurança” (MAIA, 2016, p.189). Não se trata de uma dependência exclusivamente física, é o colorido afetivo que traz vitalidade e potência a essa relação e, conseqüentemente, à relação com o mundo. A expressão ‘de ligação’ escolhida para sua teoria serve para diferenciar e relativizar o que se entende por dependência. “Embora seja especialmente evidente durante os primeiros anos da infância, sustentase que o comportamento de ligação caracterize os seres humanos do berço à sepultura” (BOWLBY, 1982, p.171).

D. W. Winnicott, de quem já falamos, outro psicanalista – e também pediatra – preocupado com os primeiros momentos da vida e com o desenvolvimento infantil, traduz muito bem a importância desse vínculo primeiro. Seu conceito de ambiente facilitador afirma a importância de se estabelecer uma relação de sintonia entre as demandas da criança e a resposta ambiental adequada.

Esse pesquisador compartilha de algumas ideias da época, em especial das que mantinham o olhar voltado para o cuidado com a infância, tomando-a, com suas características, como o momento de aquisição e aprendizado do viver criativo. Assim, passa a chamar de ambiente saudável tudo aquilo que proporciona o clima de segurança e confiança, porque esses dois conceitos estão na base de uma vida adulta mais feliz e com capacidade para enfrentar adversidades.

A partir de mensagens silenciosas de uma mãe amorosa, a criança apreende, experimentando através dos gestos, do tom de voz e de tudo o mais relacionado ao cuidado, o quanto é amada e desejada. É essa relação de afeto que forma uma base sólida para o amadurecimento e para a constituição da personalidade (WINNICOTT, 2005).  
Ivanise Fontes reafirma:

A voz melodiosa da mãe também será uma experiência rítmica importante. Se ela tem vitalidade, seu tom de voz será vivo. A fala da mãe inicialmente também duplica-se porque ela fala com seu bebê e responde por ele” (FONTES, 2014, p. 53)

Ao falar sobre maturidade, Winnicott atribui esse estado ao movimento cumulativo, resposta a estímulos e cuidados adequados à capacidade de aprendizado de cada um dizendo que:

O desenvolvimento, especialmente no início, depende de um suprimento ambiental satisfatório [...] aquele que facilita as várias tendências individuais herdadas, de tal forma que o desenvolvimento ocorre de acordo com elas [ou seja], um ambiente que se adapte e corresponda às necessidades da criança (WINNICOTT, 2005, p.4).

É esse intercâmbio carinhoso inicial em um ambiente favorável ao desenvolvimento que pavimentam uma vida futura de confiança em si próprio e no mundo. As redes de relações vão se constituindo à semelhança dessa construção inicial de amor, empatia e cooperação. Essa tríade transversaliza toda e qualquer relação desde o início da vida: num

ambiente amoroso, a empatia surge como sentimento de compreensão e comunicação, e a cooperação, como atitude para dar conta de um viver sob a ética do cuidado.

Fala-se tudo isso no plano ideal, mas nem sempre as coisas ocorrem de forma tão harmoniosa. No curso natural da vida, os percalços e contratempos estão sempre presentes. Vejamos um exemplo bem simples: um comportamento natural e rotineiro da criança é chorar solicitando algo. Se ela não for atendida em sua necessidade a tempo de se acalmar, continua a chorar seguidamente. Nesse caso, a criança precisa – ainda sem dispor dos recursos psíquicos suficientes e amadurecidos – dar conta de reequilibrar o estado de tensão que se instalou. Tal evento pode ser perturbador do desenvolvimento emocional, e a criança pode sofrer abalos ou rompimentos inesperados em seu sentimento de continuidade da existência<sup>6</sup>, comprometendo o processo de construção da confiabilidade.

No entanto, também não se pode afirmar que a criança que não seja acolhida em um ambiente provedor e acalentador de suas necessidades esteja fadada a uma vida marcada por patologias de ordem emocional. Nem também se deve tratar o processo de desenvolvimento como um trilho com um único destino, mas sim como trilhas que vão sendo abertas ao longo de toda a existência, de acordo com as necessidades e potencialidades criativas.

Como Winnicott tem sempre em mente a realidade possível – a compreensão de que o ambiente, assim como as pessoas, sofrem infortúnios e reveses –, ele enfatiza, como já vimos, que o importante é que se tenha uma “qualidade humana” na relação com a criança e que não se instaure um padrão deficiente de respostas às suas necessidades. É importante que o equilíbrio de forças seja refeito, possibilitando a reorganização a partir dos cuidados maternos. A ideia não é tornar os pais perfeitos, mas proporcionar um ambiente em que haja a possibilidade de reparação.

Humberto Maturana também subsidia teoricamente este trabalho com a sua ‘biologia do amor’. Biólogo de formação, Maturana, a partir de seus estudos em biologia animal, apresenta como fonte primeira das relações humanas, antes mesmo da linguagem, o emocionar. Do seu ponto de vista, a linguagem, para se organizar, necessita desse impulso primeiro.

---

<sup>6</sup> Sentimento de continuidade refere-se a uma atmosfera de cuidados que a mãe proporciona ao bebê, onde haja continuidade e ritmo de atendimento às suas necessidades, bem como o mínimo de ruptura nesse processo.

Além disso, é a emoção que define a ação. É a emoção a partir da qual se faz ou se recebe um certo fazer que o transforma numa ou noutra ação, ou que o qualifica como um comportamento dessa ou daquela classe (MATURANA, 2011, p. 10).

É no entrelaçamento do emocionar com o linguajar que se apoia e se perpetua a existência humana. Emoção e linguagem, aqui elevadas à categoria processual, tanto uma como outra passam a verbo.

Vale ressaltar a importância de todos os conceitos aqui apresentados para a compreensão tanto do processo de desenvolvimento quanto da dinâmica de construção das relações. São formulações que se entrelaçam tanto na experiência do viver cotidiano, quanto nos estudos teóricos, incluindo o olhar de várias áreas do saber que se dedicam à pesquisa do (ser) humano no mundo, seu modo de ver, experimentar e dar sentido às coisas.

### **3.3 Considerações Metodológicas**

A exigência da pós-graduação em que este estudo se inclui – de apresentação de um projeto aplicativo com critérios bem delimitados – foi fundamental para o estabelecimento do passo a passo do trabalho de campo, iniciado com a escolha do recurso metodológico mais adequado para o desenvolvimento deste trabalho. Afinal, a metodologia utilizada é o meio pelo qual se pretende alcançar os resultados desejados e testar as hipóteses que deram origem ao projeto.

Decidi trabalhar com grupos porque possibilitavam trazer para primeiro plano a experiência de horizontalidade, colocando o intercâmbio entre os participantes em lugar de importância para alcançar os objetivos da pesquisa. “Nesta perspectiva, o trabalho em grupo visa acionar processos capazes de produzir mudanças por meio do que é expresso e experimentado no decorrer dos próprios encontros dos grupos” (NOGUEIRA; PITOMBO; ROSARIO, 2010, p.108). Essa possibilidade de troca de experiências pode se constituir num espaço seguro de acolhimento, resultando num compartilhar de responsabilidades.

O grupo facilita a circulação dos saberes e dos afetos visando à modificação das formas de sentir e de lidar com as situações de difícil manejo no dia a dia. Valoriza a

vivência coletiva como possibilidade de transformação dessa experiência grupal em bagagem de vida. Pode-se incluir nesse encontro a possibilidade de aprimoramento das relações interpessoais valorizando a capacidade de ouvir o outro e ser ouvido. Dessa maneira, o grupo pode ser visto como um espaço de promoção de saúde.

Tomo aqui emprestadas as palavras com que Marco Aurélio Jorge (2009) descreve a pesquisa que fez para sua tese de doutoramento – **A Produção de Sintomas como Silenciamento da Violência**. Elas ajudam a compreender o que foi o meu percurso durante o trabalho de campo:

Esta pesquisa constituiu-se numa espécie de pesquisa-ação, em que houve não apenas um espaço de escuta, mas também uma contribuição coletiva do grupo para que as pacientes pudessem buscar seu fortalecimento pessoal, promovendo algumas transformações necessárias para que encarassem a vida com menos sofrimento e dor. (JORGE, 2009, p.16).

No formato final do desenho desse referencial conceitual e metodológico, a Roda de Conversa foi escolhida como a modalidade de intervenção grupal mais apropriada ao nosso objetivo. Ademais, a Roda de Conversa se apresenta também como estratégia de vinculação, intercâmbio e construção de sentido, onde o interesse pelo outro está associado ao crescimento pessoal e à construção de autonomia.

Na continuidade dos estudos, reli **Por uma ética do cuidado**, livro organizado por Marisa Schargel Maia, orientadora desta dissertação. Lá encontrei Marcia Merquior afirmando que “a conversa alivia a dor, uma vez que quebra a solidão e o desamparo e, assim, é instrumento poderoso de promoção de saúde” (MERQUIOR, 2009, p. 296). Era disso que eu precisava: conversar, dar voltas com alguém, até porque há muito – quando escolhi a psicanálise como o método de ‘cura pela palavra’, no dizer de Freud – já havia tomado esse hábito como recurso de trabalho.

Tomando a conversa como um dispositivo de saúde, encontrei afinidade com as ideias do pensador chileno, Humberto Maturana (2011). Nesse campo teórico, estavam as premissas para construir o desenho da pesquisa, cujo objetivo era verificar a eficácia das Rodas de Conversa no fomento ao vínculo mãe-bebê. Para tanto, fazia-se necessário um tipo de intervenção que fosse uma construção conjunta com todos os participantes, no caso, as gestantes e, eventualmente, seu companheiro ou outro familiar.

Com esse autor, avancei no propósito de trazer para a pesquisa a perspectiva da conversa como forma do existir humano, considerando que “o espaço psíquico é o

domínio em que ocorre a existência humana como modo de relacionamento [...]. Esse relacionamento acontece entre seres que existem no conversar” (MATURANA, 2011, p.23). Uma das ideias centrais de seu pensamento é o aspecto processual da vida, tanto do mundo quanto do existir no mundo. Nada está pronto. Tudo acontece em relação e em marcha constante.

Optar por esse recurso de intervenção exigiu não só manter o rigor conceitual, como também não perder o tom leve e agradável das Rodas de Conversa, ou seja, trazer a simplicidade das conversas sem descuidar da precisão técnica e teórica para a pesquisa acadêmica, ou, como acertadamente nos diz Adriana Moura no artigo A Reinvenção da Roda, “a conversa saiu dos alpendres e chegou à escola como uma estratégia de ensino” (MOURA, 2014, p.101), de construção de saber e de transmissão de conhecimento.

A construção desta pesquisa está ligada ao projeto de educação em saúde da Maternidade Escola da UFRJ: **Rodas de Cuidado: tecnologia relacional em perinatologia para a promoção de saúde integral, estimulando o desenvolvimento infantil saudável**, sob a responsabilidade da orientadora desta pesquisa, a Doutora Marisa Schargel Maia. O projeto foi apresentado ao coordenador do Programa de Mestrado, Professor Joffre Amin Junior, e posteriormente ao coordenador do Ambulatório de Pré-natal de Risco Habitual da ME, ao Professor Rodrigo Rocco.

A experiência das aulas práticas da cadeira de Integração me levou a definir com mais clareza o campo de pesquisa. As aulas aconteciam aos sábados, nos dois turnos do dia. Em grupo de mais ou menos oito alunos – alguns do curso de Residência Multiprofissional e outros do Programa de Mestrado, ambos dessa mesma instituição – frequentávamos as enfermarias, fazíamos intervenções, sempre com uma preceptora, a responsável técnica daquele plantão. Ao final, um tempo era dedicado à discussão e avaliação dos acontecimentos daquele dia. Essa matéria era de responsabilidade da Professora Ana Paula Esteves, que cumpriu com maestria um dos objetivos do Programa de Mestrado, a integralidade.

Finalmente, a partir das aulas e da orientação do professor Joffre Amin, finalizei o desenho estrutural de meu projeto aplicativo e pude dar início à experiência piloto do Produto Aplicativo (Apêndice C), que corresponde ao trabalho de campo desta pesquisa.

Seguindo em frente, encontrei mais uma sintonia, agora com Paulo Freire, grande idealizador de uma ‘pedagogia transformadora’, reforçando a ideia das Rodas como um potente método de construção de conhecimento e de autonomia. Assim, a Roda de Conversa é compreendida como espaço democrático e afetuoso de crescimento e

aprendizagem, em que “os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 1979, p. 79). Essa visão traz para a pesquisa de campo a possibilidade de proporcionar às gestantes uma experiência coletiva e cooperativa em torno das ansiedades próprias a esse período gestacional.

A grande contribuição de Freire – considerado um dos maiores pedagogos de nosso tempo – é a concepção de educação como prática de liberdade. Uma educação que presume diálogo e, portanto, reconhecimento do outro como igual e com capacidade de falar e ouvir.

Suas ideias chegam para valorizar o homem como ser de mudança e de cooperação. Como posso dialogar, se alieno a ignorância, isto é, se a vejo sempre no outro, nunca em mim? [...] se me fecho à contribuição dos outros, que jamais reconheço, e até me sinto ofendido com ela?” (FREIRE, 1970, p. 95)

As Rodas de Cultura<sup>7</sup>, também chamadas de Círculos de Cultura, idealizadas inicialmente por esse pensador para a educação popular de adultos, foram sendo compreendidas como uma técnica de grande alcance e aplicabilidade, relacionada tanto à natureza da área de saber quanto ao objetivo a ser alcançado. E foram amplamente utilizadas como experiência de construção de saber e de cidadania.

Gastão Wagner Souza Campos transporta com sabedoria as Rodas para o âmbito da saúde pública, fazendo “uma reconstrução contemporânea do conceito clássico de Paideia”<sup>8</sup>. Aplica o que chama de Método da Roda ou Método Paideia, como forma de “reorientar as práticas de saúde voltando-as para ampliar a capacidade de análise e de cogestão dos Sujeitos” (CAMPOS, 2007, p.16). Alguns preceitos norteiam essas Rodas, tais como a importância da escuta qualificada, da formação de vínculos que também têm sustentação no ‘agir com’, incluindo, dessa forma, todos os envolvidos.

Portanto, como bem explica Adriana Moura, “a Roda de Conversa não é algo novo, a ousadia é empregá-la como meio de produzir dados para a pesquisa qualitativa” (MOURA, 2014, p.101).

---

<sup>7</sup> Metodologia aplicada à educação de adultos, substituindo a escola noturna tradicional. O professor visto como coordenador de debate, o aluno como participante do grupo e a classe ou turma convencional pelo diálogo (FREIRE, 1979)

<sup>8</sup> Paideia – vocábulo grego que traz embutido o conceito de desenvolvimento integral da pessoa. Também entendido como uma prática onde estão incluídos os conceitos de educação, conhecimento, ética e desenvolvimento. Para maior aprofundamento ver, Campos,( ano).

É preciso dizer que o percurso aqui apresentado chega ao final, mas não ao fim. A conversa continua a cada novo encontro, a cada novo encantamento, a cada ato de cooperação e empatia diante do sofrimento humano.

### **3.4 Caderneta de Saúde da Criança: Instrumento de Ancoragem para as Rodas**

A Caderneta de Saúde da Criança (CSC)<sup>9</sup>, pela significância de seu conteúdo, é um documento importantíssimo para auxiliar pais e profissionais de saúde. Além do espaço para o registro dos dados pessoais e de uma tabela com marcos do crescimento da criança, contém uma valiosa seção de orientação a respeito do desenvolvimento psicossocial, que inclui a amamentação e a importância do brincar, do ambiente favorável e do vínculo afetivo entre a criança e seus cuidadores. É chamada de ‘passaporte para a cidadania’. De fato, com o registro que permite, quando adequadamente preenchida, a CSC é um prontuário móvel que acompanha a criança em todas as suas andanças até os nove anos de idade, contendo inclusive orientações para detecção de fatores de risco.

Em 1970 tem sua primeira versão como Caderneta de Vacinação, fazendo parte do Programa Nacional de Imunização, que objetivava – com o estabelecimento de políticas públicas voltadas para a amamentação, imunização e outros cuidados básicos – contribuir para a diminuição das taxas de morbimortalidade infantil. Em 1994 com a implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como motor fundamental de reestruturação do modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), surge um novo desafio: garantir a saúde do indivíduo em crescimento e desenvolvimento.

A partir das mudanças que vêm ocorrendo no setor da saúde, observamos a transição de um modelo de atenção centrado nas doenças agudas para um modelo baseado na integração da rede de serviços e na lógica da promoção intersetorial da saúde. O novo modo de praticar a saúde amplia o entendimento dos cuidados necessários à saúde da criança, dando ênfase ao desenvolvimento infantil. Fortalece e “capilariza” uma nova mentalidade de concepção e práticas de linhas de cuidados voltados para a criança. Nesse novo contexto, a saúde da criança passa a incluir o ambiente como fator fundamental.

---

<sup>9</sup> CSC – Documento do Ministério da Saúde para orientação de pais e profissionais de saúde e educação. É um prontuário móvel que tem em seu conteúdo orientações sobre amamentação, vacinas, como observar e acompanhar o crescimento e desenvolvimento, local para anotação dos dados do crescimento.

Assim, a CSC – instrumento resultante de um novo modelo de atenção à saúde da criança – é também um dispositivo para qualificação das práticas, bem como para acesso a informações. É um facilitador da comunicação entre profissionais e pais e ou cuidadores. Entretanto, ela só pode, de fato, gerar novas práticas se vier acompanhada de uma mudança na mentalidade da população e dos agentes promotores de saúde.

O conteúdo e a relevância desse documento para o acompanhamento e vigilância do crescimento e desenvolvimento da criança estimulou-nos a utilizar a CSC como âncora para discussões nos encontros com gestantes no ambulatório da ME. Inicialmente pensada como instrumento de apoio, assumiu a função de elemento catalizador das conversas. Além disso, a Roda de Conversa mostrou ser uma oportunidade de estímulo ao uso da CSC pelas gestantes, que vem a ser um de nossos objetivos específicos.

Ao mesmo tempo em que era desenvolvido este estudo, estava em curso no IFF uma pesquisa sobre o uso da CSC, da qual tomei conhecimento com a apresentação da tese de doutorado de Ana Claudia de Almeida<sup>10</sup>. Tratava-se de uma pesquisa realizada em dez municípios brasileiros. Os dados obtidos durante o trabalho de campo foram sistematizados e convertidos em resultados que subsidiaram as mudanças para a nova CSC. Almeida relata, com base em sua pesquisa de campo, que as mães gostam muito da Caderneta: leem mais sobre amamentação e gostam mais ainda do item sobre desenvolvimento.

---

<sup>10</sup> ALMEIDA, A. C. de. Caderneta de saúde da criança: estudo de utilização e de fatores associados à leitura pela mãe. 2015. Tese (Doutorado em Ciência da Saúde) - FIOCRUZ 2015, Rio de Janeiro, 2015.

## 4 SOBRE GRUPOS E RODAS

A metodologia que abracei, das Rodas de Conversa, foi tão eficaz para os objetivos de meu estudo, que me parece merecer lugar central nesta dissertação. Não se trata apenas de utilizar as Rodas como modalidade de grupo de pesquisa, mas sim de refletir sobre as características que as fazem um instrumento tão poderoso, notadamente para pesquisas qualitativas. Baseei-me, para trazer aqui o percurso que fiz até chegar às Rodas, na pesquisa historiográfica realizada por Osvaldo Isidoro Saidon e seus colaboradores com relação a grupos.

### 4.1 Pequeno Histórico

J. Pratts foi pioneiro em lançar mão de grupos para o tratamento de doentes. Em 1906, quando chefiava um serviço de tratamento para tuberculosos no Hospital Geral de Boston, e não via grandes resultados de seu trabalho com os doentes individualmente, se propôs a modificar sua prática nos atendimentos. Teve a ideia de realizar grupos com esses pacientes em um auditório onde “se criava um clima de cooperação e mútuas ajudas para que eles pudessem acelerar sua recuperação dentro da clínica” (JORGE, 2009, p.51).

Considerada uma técnica ativa, a experiência com grupos tinha o objetivo de fazer surgirem, principalmente, sentimentos de incentivo, que vinham acompanhados de outros, de rivalidade, de solidariedade. Os “bons pacientes” eram premiados com a possibilidade de se sentarem nas primeiras fileiras no auditório, portanto, próximos ao médico. Era uma espécie de prêmio aos pacientes por seus esforços. E tal reconhecimento era a grande recompensa, mais até do que a própria cura. A honra e a distinção estavam no fato de serem merecedores do reconhecimento e do amor do médico.

Pautado em estudos sobre as psicoterapias de grupo, Osvaldo Saidon aponta Jacob Levy Moreno (1889-1974) como o primeiro a utilizar a expressão ‘psicoterapia de grupo’ para designar um método que adota a dramatização de conflitos psicológicos. Moreno, que tem como mestre o filósofo Sócrates, pretende com seu método, em que promove a catarse, lidar com o sofrimento psíquico para reduzir ou eliminar os sintomas. Os diálogos socráticos e as lições de Stanislavski vão contribuir sobremaneira para a “elaboração de sua teoria da espontaneidade e do encontro” (SAIDON, 1983, p.82).

Em Viena, para onde, ainda criança, se mudou com a família e onde concluiu seus estudos em medicina, Moreno realizou um dos primeiros trabalhos utilizando seu método. No período que antecedeu a primeira guerra, valendo-se de suas ideias, organizou um grupo de prostitutas, buscando sua reintegração social. Mais tarde, já durante o conflito mundial, ocupou-se com pessoas sem colocação social ou profissional (SAIDON, 1983). Fundou o Teatro Vienense da Espontaneidade, onde utilizava técnica de mesmo nome: Teatro da Espontaneidade. Ao perceber as transformações proporcionadas por essa metodologia, passou a utilizar a denominação Psicodrama Terapêutico. Em 1925 mudou-se definitivamente para os Estados Unidos, onde exerceu importantes funções na Universidade de Columbia, vindo a falecer em maio de 1974, aos 85 anos.

Uma curiosidade que traduz bem a personalidade desse mestre – que, apesar de viver num tempo de guerra, apostava na esperança de recuperação e de reinvenção do homem, confiava na simplicidade da palavra e da experiência do cotidiano para tratar de temas complexos ligados à existência humana – foi seu pedido para que gravassem em sua sepultura a frase: Aqui jaz aquele que abriu as portas da Psiquiatria à alegria (NAFFAH NETO, 1988, p.17)

Contemporâneo de Moreno, Kurt Lewin (1890-1947), grande pesquisador do comportamento humano, tinha notável entusiasmo pelos fenômenos coletivos, mas, antes de colocar em prática seu interesse pelos grupos, elaborou conceitos fundamentais para compreensão do comportamento humano.

Nascido na Prússia, Lewin obteve o título de Doutor em Filosofia, pela Universidade de Berlin. Em 1933, migrou para os Estados Unidos, onde passou a lecionar em Stanford e em Harvard. Morreu em fevereiro de 1947, deixando extensa obra voltada para a pesquisa do comportamento humano.

Saidon nos ensina ainda que Kurt Lewin moldou primorosamente sua concepção de ‘campo’, baseada principalmente no atributo da construção. Sua tese é de que o comportamento humano é consequência direta da coexistência de inúmeros fatores, tais como família, profissão, política e ambiente. Esses fatores, em sua interdependência, formam um ‘campo’ dinâmico, em constante composição. Assim, segundo Saidon, o conceito de campo de Lewin é um espaço de existência em permanente transformação: “sempre que houver comportamento, este será resultado de um campo de forças” (SAIDON, 1983 p.30).

Para Lewin, o grupo é entendido como espaço propício à superação de resistências, que promove modificações estruturais no campo social. Cada um coexiste com o outro, e todos são mutuamente interdependentes. Saidon, na mesma obra assevera que “o grupo consiste em uma totalidade dinâmica que não resulta da soma de seus integrantes, possuindo propriedades específicas enquanto totalidade” (SAIDON, 1983, p.33). No levantamento histórico que faz, Saidon afirma que, a partir dos anos 1940, os registros das pesquisas e do desenvolvimento no âmbito da psicologia, elevaram a psicoterapia de grupo ao padrão de cientificidade.

Pichon-Rivière (1907-1977) nascido suíço, ainda criança foi com a família para Argentina e lá fez sua história. Em 1945, elaborou o conceito de Grupo Operativo, centrado na ideia de uma ‘tarefa’ comum. Construiu seu arcabouço teórico a partir dos conceitos da psicanálise desenvolvidos por Freud, da teoria de campo de Lewin e da teoria da comunicação de Bateson. Partia do princípio de que todas as teorias científicas caminham para um mesmo objetivo: o de compreender o homem na sua pluridimensionalidade.

O termo Grupo Operativo surgiu de uma experiência em um hospital psiquiátrico. Por falta de funcionários, Pichon-Rivière improvisou com alguns pacientes o cenário que representava o funcionamento da instituição. Os pacientes assumiram momentaneamente as funções dos enfermeiros, e essa dinâmica produziu excelentes resultados terapêuticos. Reforçando a ideia de grupo como um dispositivo de saúde, Saidon afirma:

O homem não é um ser isolado, mas se inclui naturalmente em diversos grupos. O grupo terapêutico não é uma espécie distinta dos outros grupos sociais: é antes uma experiência social privilegiada [...] enfatiza-se a interação dos membros e a manutenção da produção grupal. O grupo se caracteriza pelo aspecto da interdependência (SAIDON, 1983, p.63).

#### **4.2 O Grupo: um Reforço em Direção a Saúde**

No período do pós-guerra, houve visível crescimento e um robusto investimento nas pesquisas científicas. Por razões óbvias, aumentou a necessidade de atenção à saúde da grande população e, com isso, elevou-se o interesse por técnicas e práticas de cuidado de maior alcance a um contingente de pessoas atingidas pelas consequências da guerra.

Naquele momento, os olhares se voltavam para os aspectos de maior proeminência, para os traumas de guerra. Um dos efeitos devastadores desses conflitos de nível mundial

foram os severos danos emocionais que trouxeram tristes sintomas de sofrimentos psíquicos. Adultos e crianças, entregues ao desamparo e ao desafio da sobrevivência, reclamavam por um cuidado mais abrangente. Fazia-se premente a inclusão dos aspectos emocionais nos cuidados em saúde. Os grandes representantes desse pensamento foram Kaës, Bion, Foulkes e Balint, todos com a preocupação de trazer alívio para uma dor que marcaria para sempre a vida de quem a experimentara.

Michel Balint (1896-1970) tem maior destaque por sua postura revolucionária, tanto com os pacientes quanto com relação à orientação e formação dos jovens médicos. Propôs uma junção das áreas de conhecimento medicina e psicanálise para possibilitar maior compreensão do sofrimento humano. Segundo René Gelly, em seu artigo intitulado Aspectos Teóricos do Movimento Balint, “é sobretudo na utilização de técnicas psicoterapêuticas em medicina geral que a criatividade de Balint teve livre curso” (GELLY, 1994, p. 28).

Nesse mesmo estudo, Gelly afirma que Balint procura restabelecer a compreensão do sentido de médico-medicação como: “Qualidade de acolhimento, uma situação na qual nos sentimos bem, são palavras e contatos físicos, em suma, todo um ambiente no qual o paciente se encontra imerso por ocasião do encontro com o médico” (GELLY, 1994, p. 29).

Reforçando a ideia de que o médico faz parte da terapêutica ou, como o próprio Balint costumava dizer – e registrou na introdução de seu livro *O Médico, seu Paciente e a Doença*, – que “a droga mais frequentemente utilizada na clínica geral é o próprio médico” (BALINT, 1984).

Balint logo percebeu que muitos pacientes com indicações cirúrgicas “sofriam na verdade de problemas afetivos” (BALINT, 1984, p. 9). Por isso, trouxe para discussão as questões emocionais como fator relevante para o desenvolvimento da doença e para sua cura. Instituiu, então, algumas mudanças radicais nos atendimentos médicos e se empenhou em dar uma formação mais humanizada aos jovens que se dedicavam prática médica.

Balint estabeleceu como princípio de uma boa consulta a ‘conversa prolongada’, ou seja, que ocorre num tempo suficiente para que o paciente fale não só da doença que o acomete, mas também e, principalmente, de si, dando subsídios para que o médico compreenda sua história e suas necessidades. Encontramos aí, explicitamente, as premissas de uma escuta ampliada e qualificada. É Gelly quem nos assegura que:

Balint havia dito, claramente, desde essa época, que buscava descobrir a farmacologia do remédio-médico, o que implicava uma variedade de modos de administração e de posologias que não poderiam se reduzir à prescrição da conversa prolongada (GELLY, 1994, p. 28).

Eduardo Portela Nunes, prefaciando a edição brasileira da obra de Balint (1984), já aqui citada, afirma: “Em verdade, os grandes médicos de todos os tempos foram observadores agudos das emoções humanas” (NUNES, 1984).

Balint (1984) considerava que, para uma boa consulta clínica, além da conversa prolongada, deveria haver uma atmosfera de acolhimento e confiança entre o médico e o paciente. Nas palavras de Gelly, o sentido médico-medicação é uma “qualidade de acolhimento, uma situação na qual nos sentimos bem, são palavras e contatos físicos, em suma, todo um ambiente no qual o paciente se encontra imerso por ocasião do encontro com o médico” (GELLY, 1994, p.29)

Para que tal concepção se constituísse como prática médica, era preciso que o profissional fosse um facilitador dessa dinâmica. Balint (1984) então se empenhou no processo de formação dos médicos, estimulando, de início, encontros periódicos com esses jovens profissionais para discussão das dificuldades em relação ao tratamento de alguns pacientes.

Instituiu o ‘não saber’ e o ‘questionamento’ como base de funcionamento para esse grupo em que o objeto comum era o caso clínico. Nas discussões, incluía tudo o que acontecia nessa atmosfera de encontro entre o profissional e o paciente, e tudo mais que pudesse perturbar essa relação ou a ela beneficiar. Essa prática ficou conhecida como Grupos Balint<sup>11</sup>.

Faz tempo que, em algumas instituições de saúde, se percebe o empenho em estruturar um espaço nos moldes dos Grupos Balint, ou seja, em organizar grupos de discussão de casos clínicos cujo objetivo é trabalhar os casos de difícil manejo, como uma forma de iluminar as dificuldades da relação médico-paciente, valorizando principalmente o aspecto relacional.

Infelizmente, nem sempre essa proposta é bem aceita ou se firma como rotina de um determinado setor ou instituição. Uma das hipóteses é que por trás dos argumentos relacionados à falta de tempo pode estar a dificuldade de se ter como prática a reflexão

---

<sup>11</sup> -O Curso de Especialização de Psicologia Médica do Hospital Universitário Pedro Ernesto-UERJ, utiliza essa dinâmica como metodologia de ensino. Essa metodologia foi utilizada nas Oficinas de Sensibilização e Capacitação para Comunicação de Notícias Difíceis no INCA, 2009 a 2011. Publicação: *Atenção ao Vínculo e Comunicação de Notícias Difíceis*. Inca-MS 2011.

contínua sobre a atuação no campo profissional. É difícil pensar sobre nossa relação com limites, sejam eles institucionais, profissionais ou pessoais; é complexo pensar o vínculo com os pacientes; e é muito aflitivo e delicado pensar o convívio e o trato com a equipe e com a gestão. Enfim, o importante é estar sempre pronto a incluir a dúvida toda vez que a certeza estiver perdendo a originalidade.

#### 4.3 Paideia ou o Método da Roda

Gastão Wagner de Sousa Campos, pesquisador da Universidade de Campinas retomou o conceito *paideia* para fomentar o trabalho coletivo e o entendimento de saúde como desenvolvimento integral do ser humano. O referido autor resgata essa prática – que na Grécia antiga tinha como sentido principal a formação integral da pessoa –, para, na atualidade, trabalhar as redes de relações na saúde. Inspirado nesse hábito da antiguidade, sua proposta é potencializar e aprimorar nos sujeitos envolvidos, direta ou indiretamente, na gestão em saúde, habilidades que “assegurem maior capacidade de compreensão e de decisão” (CAMPOS, 2007 p. 25). Parte da premissa de que o trabalho em saúde pode ter seu pleno desenvolvimento quando se tem intimidade, confiança e domínio principalmente dos conceitos de análise e cogestão.

O Método Paideia tem em sua concepção a ideia de horizontalidade, que valoriza a participação e fomenta a implicação de todos nas redes de trabalho. Com isso favorece a “construção de novos padrões de relação entre as pessoas” (CAMPOS, 2007, p. 25), entre esses ‘novos padrões’, a capacidade de intervenção. Ponto central desse pensamento é o *fazer com*, tirando de cena o *fazer sobre*, que limita o crescimento e a autonomia do sujeito.

Mas o que se quer obter ao lançar mão de determinado recurso que conta com uma estrutura teórica e uma aplicabilidade prática? Que efeito ou resultado se espera a partir da aplicação desse método? Primeiramente pensa-se em transformação, em algo diferente, que proporcione relações construtivas entre as pessoas e os saberes, ou que possibilite a produção de conhecimento. O efeito que se quer é a mudança de mentalidade, é um conhecer para agir. De fato, quando se recorre a uma determinada forma de pensar e agir, espera-se um efeito, um resultado. Portanto, cabe aqui perguntar: Com que finalidade se

pretende desenvolver essa metodologia chamada *paideia* com a pesquisa, a elaboração e a adequação que lhe são inerentes? Campos afirma que o *efeito paideia*:

É um processo social e subjetivo em que as pessoas ampliam a sua capacidade de buscar informações, de interpelá-las, objetivando compreenderem-se a si mesmas, aos outros e ao contexto, aumentando, em consequência, a possibilidade de agir sobre estas relações” (CAMPOS, 2007, p.87).

Também conhecido como Método da Roda, por sua conformação e por favorecer uma comunicação melhor, mais direta e mais fluida, o Método Paideia vem reafirmar a tese de que os sistemas de saúde podem contribuir para a constituição do Sujeito (CAMPOS, 2007, p.15). Ora, dessa constituição faz parte o estabelecimento de vínculos. A construção de vínculos – esse “engate” que se dá a partir da confiança e do compromisso – é um acontecimento fundante do sujeito e é, sem sombra de dúvida, o meio pelo qual o homem se assegura de seu valor de existência e de sua capacidade de afetar e ser afetado pelas relações ao longo da vida.

“A concepção teórica e metodológica Paideia busca compreender e interferir nas dimensões do poder, do conhecimento e do afeto”. (CAMPOS, et al., 2014, p.985). Em certa medida, o Método da Roda recupera também o pensamento de Paulo Freire quando ressalta que a eficácia dos processos educativos, no caso, educação em saúde, depende da qualidade do vínculo estabelecido.

## 5 MÉTODO

### 5.1 A Natureza da Pesquisa

Esta pesquisa atende a objetivos específicos do projeto que inaugura o setor de Educação Permanente em Saúde da Maternidade Escola-UFRJ, intitulado **Rodas de Cuidado: tecnologia relacional em perinatologia para a promoção de saúde integral, estimulando o desenvolvimento infantil saudável** (CAAE nº 54746716.3.0000.5275). Esse projeto de pesquisa é coordenado pela Doutora Marisa Schargel Maia, também orientadora de minha pesquisa.

É uma pesquisa-intervenção em que foram utilizados métodos qualitativos compreensivistas para o trabalho de campo e análise de resultados. Além das Rodas de Conversa – a modalidade de trabalho grupal escolhida para essa pesquisa –, utilizamos o recurso de entrevistas semiestruturadas (Apêndice B). Optamos por conduzi-las individualmente porque pretendíamos aprofundar alguns temas que, por dizerem respeito à intimidade das mulheres, poderiam trazer algum tipo de constrangimento. Elaboramos um roteiro baseado nas necessidades da pesquisa: vínculo afetivo entre a mãe e seu bebê e a pertinência do método das Rodas de Conversa como estratégia de estímulo a esse vínculo.

Essas entrevistas não foram gravadas como pretendíamos inicialmente. Deixamos de lado o gravador, pois consideramos a possibilidade de ser um elemento inibidor, que podia trazer algum receio ou desconfiança. Outro ajuste que fizemos foi fazer uma única entrevista – depois de as gestantes participarem de pelo menos três encontros – e incluir no roteiro uma pergunta a respeito da experiência nas Rodas de Conversa. Assim que decidimos quem faria parte da amostra, entregamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) para que assinassem.

Com a leitura dos escritos de Maria Cecilia Minayo e Romeu Gomes a abordagem qualitativa foi definida como o suporte teórico-metodológico do trabalho, por suas características e elementos, consonantes com os objetivos deste estudo, uma vez que a pesquisa qualitativa “trabalha com o universo dos significados, dos motivos [...] e das atitudes” (MINAYO, 1993 p. 21). O propósito dessa abordagem, assim como o desta pesquisa, é buscar na análise dos conteúdos das falas e dos acontecimentos durante as Rodas de Conversa a compreensão dos fenômenos.

De fato, o método qualitativo de pesquisa se mostrou o mais adequado sobretudo por ser a compreensão a linha mestra desse modo de pesquisar. A esse respeito Minayo afirma: “os autores compreensivistas não se preocupam em quantificar e em explicar, e sim em *compreender*. Este é o verbo da pesquisa qualitativa” (MINAYO, 1993 p.24)

Na sequência, Minayo reforça a natureza interpretativa dessa metodologia:

Compreender relações, valores, atitudes, crenças, hábitos e representações e, a partir desse conjunto de fenômenos humanos gerados socialmente, compreender e interpretar a realidade. O pesquisador que trabalha com estratégias qualitativas atua com a matéria-prima das vivências, das experiências, da cotidianidade [...] ou seja, para esses pensadores e pesquisadores, a linguagem, os símbolos, as práticas, as relações e as coisas são inseparáveis (MINAYO, 1993, p.24).

## 5.2 Campo de Trabalho

As Rodas de Conversa iniciaram na primeira semana do mês de julho de 2016. Já havíamos conversado com a psicóloga Tuíla Barbosa, coordenadora do setor de psicologia da ME, com a coordenação do ambulatório e, posteriormente, com a equipe médica e de enfermagem desse setor, sobre o projeto das **Rodas de Conversa: uma estratégia de estímulo ao vínculo mãe-bebê**. A proposta foi muito bem recebida e aprovada para execução nessas dependências.

A escolha do ambulatório de pré-natal de risco habitual se deu por ser esse o ambiente ideal nessa instituição para a realização das Rodas. A característica de acolher gestantes consideradas de risco habitual era um dos critérios de inclusão da amostra desenhada no estudo, de que tratarei adiante.

Os encontros seriam realizados às segundas-feiras, das 8 às 8h50, pelas seguintes razões:

1. O perfil das gestantes agendadas para esse dia estava consoante com os critérios preestabelecidos no projeto, quais sejam: mulheres com idade entre dezenove e trinta anos, primíparas, que estivessem no último trimestre de gestação.
2. Esse era o horário mais adequado em termos de disponibilidade de espaço físico na instituição para realização dos encontros.
3. Trata-se de um intervalo de tempo ocioso das gestantes, entre a coleta de dados – pesagem, verificação da pressão etc. – e a consulta propriamente dita com o profissional médico.

O tempo de cinquenta minutos foi adaptado para conciliar as necessidades do projeto sem prejuízo ao atendimento à rotina das consultas ambulatoriais. Combinamos também que, quando preciso, considerando os horários de supervisão clínica dos residentes, alguma paciente poderia ser chamada, antes mesmo do término do encontro. Esse ponto foi posteriormente reformulado: a primeira paciente agendada do dia sempre ficava dispensada do trabalho grupal e disponível para o atendimento clínico, evitando assim a interrupção da atividade.

Usamos um auditório no segundo andar do mesmo prédio, onde funciona o ambulatório, o que facilitava o deslocamento das participantes. O local é refrigerado e com cadeiras móveis, indispensáveis para essa metodologia da Roda. Afinal, como afirma Campos (2007), em roda circulam os afetos, os saberes e as experiências, aspectos essenciais para o propósito desta pesquisa.

Foram ao todo, dezoito segundas-feiras, no período entre os dias quatro de julho e sete de novembro. Foram realizados dez encontros no formato Rodas de Conversa. Duas segundas-feiras foram dedicadas às entrevistas, três coincidiram com feriados, das Olimpíadas e do funcionalismo público. Nas outras três, as Rodas não aconteceram por motivos institucionais.

### **5.3 Nas Rodas: Conversa Vai, Conversa Vem**

*O que quer de mim?  
Eu quero conversar.  
Conversar? Sim, apenas isso,  
conversar. É que, agora, com  
esta minha idade, já ninguém  
me conversa mais (Mia outo)*

É a partir de uma boa prosa que podemos chegar às melhores soluções. Os antigos já sabiam do valor incontestável de uma despreziosa conversa. Recorrendo ao nosso berço civilizatório, encontramos um dos primeiros registros a respeito da valorização da conversa para a construção de conhecimento e transformação pessoal. Em que pese, claro, toda a tradição oral, responsável por grande parcela do papel de transmissão da história e da cultura, Sócrates, foi o filósofo ateniense (470 a.c.) que trazia consigo um modo especial de estar no mundo, o conversar. Tinha como premissa o 'não saber' e como

objetivo de vida a construção permanente do conhecer através do diálogo e da experiência.

O psicanalista Jorge Veschi, em seu curso sobre a clínica psicanalítica, ministrado no ano de 2016 no Espaço Brasileiro de Estudos Psicanalíticos, ensina que, partindo da conhecida frase “só sei que nada sei”, Sócrates constrói sua metodologia de aprendizagem, conhecimento e desenvolvimento, que tem como ponto central a interlocução, um não saber que está sempre a impulsionar a atividade do pensamento. Seu interesse estava no processo de conversação, na ação dialógica, em que a natureza da pergunta tinha destaque, uma vez que é a partir da expressão desse interesse que surgem inúmeras possibilidades de ideias, de narrativas e de construção da própria história. (VESCHI, 2016)

Por valorizar tudo que provinha do outro, seu interesse era também por tudo o que fizesse parte da natureza humana, os afetos, o caráter, as condutas e as ideias. Ele via no ser humano o maior potencial criativo para construção de um mundo melhor e mais justo, desde que encorajado a pensar e a fazê-lo a partir de suas próprias reflexões. Sua intenção era avivar e estimular uma postura de interesse pelo questionamento de ideias já consagradas e estabelecidas, desconstruindo um campo estático e reforçando a renovação constante de soluções para cada nova indagação da vida.

Em outras palavras, o método socrático tem como suporte a conversa, e sua aposta é de que não existem verdades absolutas transformadas em respostas certas ou erradas, essas são temporárias e acompanham as mudanças e as interpelações da própria existência. Trata-se, portanto, de uma metodologia que traz em si o próprio movimento de transformação, pois tem como princípio questionar, perguntar, refletir e criar propostas ou alternativas.

A conversa é vista como processo prazeroso de aprender e de ensinar, despertando e fomentando o interesse pelo saber e pela troca. Passa a ser reconhecida como um jeito amistoso de se relacionar, de conhecer outras ideias e de expor sua compreensão de mundo, intercambiando opiniões e enriquecendo o modo de pensar e de viver (VESCHI, 2016).

A conversa é o pilar fundamental dessa metodologia na medida em que uma boa questão pode desencadear um processo de interesse mútuo. A pergunta parte de alguém interessado em saber e faz com que o interlocutor pense e reflita sobre o que e como responder, movendo forças do pensamento e dos afetos para dar substância ao diálogo.

A perspectiva de Maturana, em sintonia com o pensamento socrático, traz a noção de redes de conversações para subsidiar seu ponto de vista, qual seja, a importância fundamental da conversa para o existir humano. Esse pensador afirma ainda que “todo viver humano acontece em redes de conversações” (MATURANA, 2011 p. 9). Dependemos, portanto, desse conversar para continuarmos existindo enquanto seres de uma cultura.

#### 5.4 Por que Roda de Conversa?

*“Porque tem movimento e porque tem conversa”<sup>12</sup>*

A Roda, ao mesmo tempo que se fecha para girar, se abre para incluir. Seu tamanho tem a medida do querer. A estratégia da Roda de Conversa, que tem como fonte de apoio a descontração, a ‘sem-cerimônia’ dos diálogos familiares, traz de relevante o que Paulo Freire chamou de “pedagogia transformadora”, ou seja,

uma forma ousada de propor o processo ensino/aprendizagem como o intercâmbio de experiências e de saberes, próprios de cada comunidade, de cada grupo, de cada indivíduo, colocando cada um [...] em condições de reexistenciar cada palavra de seu mundo, para, na oportunidade devida, saber e poder dizer a sua palavra. (FREIRE, 1979, p. 5).

A ideia é trazer essa modalidade de técnica grupal para servir como base metodológica para a pesquisa e para o produto aplicativo (ver Anexo 1), cujo objetivo é sensibilizar as gestantes para a importância dos primeiros momentos de vida do bebê, para o valor imprescindível do vínculo afetivo e para o protagonismo das mães, e também dos pais, no processo de desenvolvimento da criança.

Utilizar o método da Roda de Conversa nesse momento de gestação<sup>13</sup> proporciona à gestante um espaço para falar e ouvir sobre experiências importantes e sobre a repercussão dessas experiências em sua vida emocional. Esse processo dialógico facilita a elaboração da ansiedade experimentada ao longo da gravidez e aumentada com a proximidade do parto.

---

<sup>12</sup> Fala de uma das participantes.

<sup>13</sup> Essa pesquisa teve como amostra mulheres nos dois últimos trimestres de gravidez.

A conversa é um espaço de formação, de troca de experiências, de confraternização, de desabafo, muda caminhos, forja opiniões, razão por que a Roda de Conversa surge como uma forma de reviver o prazer da troca e de produzir dados ricos em conteúdo e significado para a pesquisa (MOURA, 2014, p. 98).

É um espaço, na vida de quem participa, que possibilita a reflexão sobre esse processo singular e de transição, de mudança de lugar social com novos contornos: além de filha e esposa, a mulher passará a ser também mãe e será convocada a assumir todas as responsabilidades e implicações de mais essa função, aí incluídas não só as mudanças físicas e emocionais, como também as econômicas.

Ao experimentarem as Rodas de Conversa – que, no dizer de Paulo Freire, constituem-se numa modalidade que se apresenta como espaço democrático e afetuoso de aprendizagem, em que “os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 1970, p. 79) –, as gestantes conhecem e vivenciam esse intercâmbio de saberes. Uma vivência impregnada pelo exercício do cuidado, que se desdobra a partir da experiência coletiva e cooperativa delas em torno das ansiedades próprias a esse período gestacional em que as preocupações com o bebê que está por nascer tomam o primeiro plano.

A Roda de Conversa é uma técnica baseada nos princípios de democracia e de liberdade, que pode ser adequada a diferentes contextos. Trazer essa modalidade para a instituição é valorizar todos os envolvidos, pacientes e trabalhadores de saúde. A horizontalidade possibilitada pela experiência em Roda, visa também incluir e implicar cada participante, fazendo-os repensar lugares, papéis e responsabilidades.

A Roda de Conversa é um espaço físico e emocional em que se estimula a autonomia e a construção de vínculos de confiança com o objetivo de mobilizar forças internas ligadas à autoestima, à segurança e à amorosidade. Além disso, a conversa em Roda pode apresentar um ‘mundo’ inédito com propostas originais, ideias vigorosas e soluções variadas. É uma modalidade técnica potente para transformação da maneira de pensar e de ser no mundo, pois “o que garante a existência de cada ser é ter como compartilhar emoções, deixando-as fluir em suas conversas” (MERQUIOR, 2009, p. 293).

Os fundamentos de um projeto de trabalho conjunto são a motivação, a curiosidade e a cooperação. É nesse caminho que a Roda de Conversa se apresenta como estratégia de vinculação, intercâmbio e construção de sentido, onde o interesse pelo outro

está associado ao crescimento pessoal e à construção de autonomia. Além dos afetos e saberes, estão presentes, como força motriz no giro da Roda, os sentimentos de liberdade e de pertencimento.

### 5.5 Como Começa essa Roda

*“A palavra é metade de quem fala metade de quem ouve” Montaigne*

A Roda começa com o silêncio. É preciso fazer silêncio para (se) ouvir, pois a escuta se faz numa atmosfera de quietude e interesse. Desejo de saber, saber ouvir, ouvir para saber. A Roda começa a girar nessa condição de alerta e certo desassossego, para que surja a demanda e assim movimentar o pensamento e a Roda. “É do silêncio que nasce o ouvir. Só posso ouvir a palavra se meus ruídos interiores forem silenciados. Só posso ouvir a verdade do outro se eu parar de tagarelar” (ALVES, 1999)

Em sincronia com o silêncio surge a palavra, que direciona a atenção e inaugura o giro da Roda. A palavra serve para dar sentido ao encontro e ao surgimento da pergunta ou, como prefere Campos, do tema. Demanda, pergunta ou tema é o impulso inicial: o que queremos ao nos reunirmos? Por que estamos em roda? “Um tema forte sempre diz respeito ao interesse ou ao desejo de vários agrupamentos envolvidos. Uma coisa que incomoda, que ameaça, que, quando enfrentada, trará benefícios a muita gente” (CAMPOS, 2007, p. 30). O por que nos reunimos, ou seja, o objetivo da roda tem seu apoio na conversa. Reunimo-nos para conversar sobre alguma coisa.

A Roda de Conversa – inspirada na informalidade dos diálogos sociais, nesse rotineiro hábito de conversar – é um momento único de compartilhamento, que implica a dinâmica de fala/escuta. É promotora da construção de um processo relacional e salienta o respeito e o reconhecimento ao outro como alteridade e, com isso, provoca um movimento que se traduz em mudanças no modo de pensar e agir, sempre num fluxo de inclusão.

A Roda pode começar seu giro com um simples olhar ou sorriso – como diz Maturana, num emocionar. Um comentário a respeito do clima frio já é promessa de uma boa conversa sobre como cada uma se sente, enquanto gestante: com muito frio, com muito calor, pesada, muito triste, feliz, chorosa... e por aí segue um falar sobre si que

encontra eco em outras falas, formando uma rede de conversações. Novamente lembramos Maturana, dizendo que “todas as atividades e afazeres humanos ocorrem como conversações e redes de conversações” (MATURANA, 2011, p. 31), e trazendo reforço para a proposta de conversa como dispositivo de saúde.

Tem-se, então, uma pista importante para o atendimento da gestante, ou do “casal grávido”, quando este inclui a atenção à saúde emocional: ouvir com atenção sua história e se você observar algum sinal de tristeza ou desafetação, desinvestimento para com o filho que está por vir, converse um pouco mais para tentar entender o que está se passando. Uma boa conversa pode incentivar os pais ao vínculo com o futuro bebê (MAIA, 2016, p.190)

A conversa em roda faz circular tanto palavra quanto emoção de forma livre e democrática, construindo, assim, uma história em cada giro da Roda. Estando em roda, todos se olham e se veem, o que facilita o respeito, a cooperação e o trabalhar juntos para partilhar dúvidas e soluções.

## **5.6 Perfil da Amostra**

Inicialmente nossa ideia era trabalhar com gestantes que correspondessem aos seguintes critérios: mulheres entre dezenove e trinta anos, primíparas e que estivessem no último trimestre de gravidez. No entanto, logo na primeira Roda, verificamos que os critérios de inclusão por nós estabelecidos restringiriam muito a amostra do estudo. Optamos assim por fazer uma mudança no perfil do grupo: ampliamos o recorte da idade, desconsideramos o critério de ser primípara e alteramos a idade gestacional para os dois últimos trimestres.

Passamos também a acolher todas as gestantes presentes que desejassem participar das Rodas, na medida em que a nossa prioridade era a testagem da metodologia das Rodas de Conversa. Porém só fariam parte da pesquisa propriamente dita, as que estivessem nos dois últimos trimestres de gestação. Esse passou a ser o único critério de inclusão na pesquisa. Um aspecto positivo para a pesquisa foi que, a partir dessa alteração, pudemos verificar diferenças no envolvimento das mulheres com a gravidez relacionadas ao tempo de gestação.

Nas primeiras Rodas focamos a atenção nos possíveis ajustes do desenho metodológico e concluímos que os processos de horizontalidade, ou seja, o diálogo e a cooperação entre os participantes, evidenciados nas Rodas se mostraram relevantes. Ao longo das dinâmicas, pudemos verificar a riqueza dessa convivência, o que consideramos um achado que contribuiu para a dinâmica das Rodas. Foi em consequência dessa reflexão que ampliamos os critérios de inclusão, permitindo a participação de mulheres que já tinham filhos, as quais traziam a experiência de um saber do cotidiano, “uma sabedoria de vida” (SANTOS, 2010, p.91), o que auxiliava em muito o desenrolar das Rodas.

Desde o primeiro dia de Roda, participaram, ao todo, dezessete gestantes. Cinco compareceram apenas uma vez. Duas compareceram somente ao primeiro encontro, uma outra não quis continuar participando. Outras duas tinham consultas ou algum exame marcado na hora da Roda. Nove, do total, eram primíparas. Enfim, nossa amostra foi de sete gestantes, que estavam nos dois últimos trimestres.

## 6 RESULTADOS, DISCUSSÃO E ANÁLISE

As categorias de análise foram escolhidas em função do interesse da pesquisa. Duas delas foram preestabelecidas como fundamentais: a construção de vínculo afetivo e o sentimento de ansiedade. Ambas foram subdivididas: a primeira em construção de parentalidade<sup>14</sup> e percepção da gestação ou do bebê, e a segunda, em ansiedade com relação ao parto e à vida futura.

Outras categorias de análise emergiram no próprio acontecer das Rodas, devido não só à sua relevância com relação ao tema estudado, como também à frequência com que surgiram e foram incluídas na análise. São elas o protagonismo; a insegurança quanto à reação de parceiros e familiares, se foi uma gestação planejada ou não; insegurança quanto a saber cuidar do bebê logo após o nascimento; e o fato de ter com quem conversar.

O material a ser analisado foi coletado a partir de anotações sobre o acontecer das Rodas, o que foi falado, incluindo observações sobre o clima afetivo, os gestos, os olhares. Também foram parte importante desse registro as entrevistas feitas individualmente com as gestantes. Melhor dizendo, num momento independente da Roda, aconteciam as entrevistas, envolvendo os acompanhantes que estivessem presentes, geralmente maridos. Era também comum as mães e ou as irmãs acompanharem as gestantes nas consultas. Esses registros continham nossas impressões não somente do dito, mas também do vivido.

Demos início ao processo de análise do material coletado,

[...] fazendo uma leitura compreensiva do conjunto do material selecionado, de forma exaustiva. Trata-se de uma leitura de primeiro plano para atingirmos níveis mais profundos. Nesse momento, deixamos impregnar pelo conteúdo do material” (GOMES, 1993)

Esse procedimento, é correlato ao que Laurence Bardin (2011) chama de “leitura flutuante do material”, que consiste em “estabelecer contato com os documentos a analisar e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações”.

---

<sup>14</sup> Expressão que diz respeito ao processo de transformações psíquicas que ocorre no casal, desencadeado inicialmente pelo desejo de ter um filho. Para aprofundamento ver Zornig, S.M.A-J. Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. Revista Tempo psicanalítico, Rio de Janeiro, v.42.2, p.453-470, 2010.

(BARDIN, 2011, p.126). Essa expressão foi tomada por aproximação, da teoria psicanalítica, que tem nesse conceito um dos pilares de sua prática.

Essa leitura possibilitou a apropriação do material, propiciando uma seleção do que era mais relevante nas narrativas. Partíamos da atenção dada à repetição de temas ou de palavras que fizessem parte de categorias previamente estabelecidas ou de categorias emergentes, e assim íamos “além das falas e dos fatos...na direção do que está explícito para o que é implícito...do revelado para o velado, do texto para o subtexto” ou seja, de acordo com Bardin, citado por Romeu Gomes no capítulo *Análise e Interpretação de Dados de Pesquisa Qualitativa*, “o analista é como um arqueólogo’: trabalha com vestígios que se manifestam na superfície da mensagem” (GOMES, 1993).

A leitura básica utilizada para trabalhar os resultados desta pesquisa, foi a obra de Romeu Gomes e de Maria Cecília Minayo (1993). Estes autores, porém, tem suas construções teóricas a partir do estudo dos trabalhos de pesquisadores na área das Ciências Sociais, tais como Clifford Geertz, J. Habermas, Martin Bauer e Laurence Bardin. Esta última considerada autora de referência na pesquisa qualitativa e por isso amplamente citada nos artigos dos autores nos quais apoiei minha análise dos resultados.

## 6.1 Dinâmica das Rodas de Conversa

Desde o primeiro encontro, a CSC, foi um instrumento auxiliar nas Rodas de Conversa. A maioria das gestantes não a conhecia. Elas se interessavam por manuseá-la e faziam perguntas que desencadeavam alguma reflexão no grupo, principalmente com relação ao futuro. Interrogavam-se sobre “*como será a vida depois que ele nascer*” Apresentavam expectativas quanto a ter ajuda familiar ou à sua própria capacidade de cuidar: “*espero que eu tenha ajuda de minha mãe*” ou “*fico pensando se saberei cuidar bem dele*” ou ainda “*espero que o pai [marido] me ajude e não vá pra rua com os amigos*”. Consideramos que narrativas como essas foram impulsionadas por breves leituras de algumas partes da CSC, previamente selecionadas por nós.

Nos encontros subsequentes, as participantes mais antigas falavam sobre a dinâmica nas Rodas e sobre a CSC para as recém-chegadas. Interessante vê-las explicar, a partir de seu entendimento, o que significava aquele espaço de conversa: “*aqui a gente vem pra falar o que a gente pensa e sente pelo nosso neném e tira dúvidas também*”. Um

acompanhante definiu a Roda como “*um lugar onde se fala coisas que não se fala em casa*”. Uma compreensão, a meu ver do que é o espaço protegido. Esse acompanhante era muito participativo, segundo a esposa “até demais”, pois estava presente em todas as situações.

Esse casal, que vou chamar de Lilás, era muito agradável e cativante, ela já tinha um filho de quatorze anos e ele, sim, ele era “primíparo”. Ele apresentava todas as ansiedades que normalmente encontramos nas mães gestantes: se vai ser parto normal ou não, “*se vai sair tudo bem, tudo certinho*”, se o bebê vai chorar muito, se vai mamar direito e até se ela vai sentir muita dor na hora do parto, eram preocupações dele. E ela com um sorriso vaidoso, por ter um marido “*assim*”, dizia-se muito tranquila, ao que uma outra participante retrucou “*também pra que se preocupar se seu marido já se preocupa tanto?*” Apenas quatro gestantes compareceram pelo menos uma vez acompanhadas de seus maridos.

Optei pelos codinomes de cores porque precisava nomear as gestantes preservando as identidades, e queria fazê-lo de acordo com o que eu experimentava nos encontros. Que nome daria a cada uma daquelas mulheres que ali chegavam para uma Roda de Conversa. Foi justamente num dia em que “as coisas” davam sinais de que não sairiam de forma muito tranquila que tive a ideia, ou a percepção do colorido dessa experiência do conversar. Foi o que se passou comigo, o que me tocou quando da intervenção de uma gestante, que me trouxe a possibilidade de renomear cada uma delas de acordo como eu as percebia, conforme se mostravam, como conversavam.

Havia uma gestante, que chamarei de Rosa que parecia gostar muito das Rodas. Esta, assim como a do casal Lilás, não preenchia um dos critérios dessa pesquisa, ser primípara, mas contribuía muito nos encontros. Rosa ia sempre desacompanhada, tinha uma voz de tom doloroso e se sentia muito triste e confusa por causa de desentendimentos com o marido. Falava de sua história com um ar de profunda resignação: há dois anos havia perdido um filho com dezesseis dias de vida. Se dizia ainda “*muito sofrida com a morte do neném e precisei ir para a psicóloga*”. Ela havia sido encaminhada para o setor de psicologia dessa maternidade.

Uma vez Rosa faltou e, no encontro seguinte, perguntou se havíamos falado de coisas interessantes e se podíamos “*repetir para que não perdesse muito, já que havia perdido o encontro que já é tudo de bom*”. Branca, gestante primípara, disse: “*Esses grupos são muito importantes, é a hora pra se falar, desabafar e ouvir as outras mulheres. No começo tudo é dúvida, é medo*”. Coisas assim nos fazem pensar no poder da

conversa, no que é possível transformar a partir dela. Apostamos, com Maturana (2011), que a existência humana se sustenta no conversar.

Pensamos muito a respeito do critério ‘ser primípara’. Apenas três gestantes não tinham filhos e uma delas já convivia com o filho do marido. Esse foi o ponto principal que nos fez aceitar, e até convidar, todas as mães presentes e que se interessassem, a participar das Rodas. E o convívio foi extremamente rico. Diante, por exemplo, de temas como o medo de não saber cuidar do bebê – *“fico pensando se saberei cuidar bem dele”* – as mais experientes tinham sempre uma palavra acolhedora, *“na hora a gente sabe tudo, parece que um santo desce e transforma a gente”*. Assim disse Rosa à Carmim, a mais antiga na Roda, porém uma das mais jovens e mãe de primeira viagem.

Destacamos como categoria emergente o medo a respeito dos cuidados com o bebê logo após o nascimento, devido a sua frequente ocorrência nas conversas. Quando perguntávamos sobre o que gostariam de falar, e uma mãe primípara estava presente, sempre vinha desta a iniciativa com uma pergunta do tipo: *“e depois que nascer, como vai ser?”*. Levantavam a questão da fragilidade do bebê, de seu próprio desconhecimento a respeito dos cuidados. Das oito mães de primeira viagem, cinco disseram contar com apoio de familiares, irmãs, mães ou sogras, geralmente morando bem próximo ou na mesma residência. Uma delas disse contar apenas com o namorado e *‘talvez com a família dele’*. E Violeta disse não estar preocupada com isso mas espera contar com a ajuda do marido.

Sobre a CSC, diziam da importância do que ela trazia em seu conteúdo. Em termos de ajuda que podiam encontrar nesse documento, principalmente para as mães de primeira viagem, destacavam a amamentação e a vigilância dos marcos do desenvolvimento. Em linguagem simples, explicavam como algumas dúvidas poderiam ser esclarecidas a partir da leitura da CSC. O que acontecia nesses momentos era o que, no dizer de Paulo Freire, significa, *“unir teoria e prática”*, pois só nos reconhecemos como sujeitos da história quando podemos refletir sobre as nossas ações, validando cada uma delas (BRASIL, 2007).

Carmim, por ter participado desde o primeiro encontro e por frequentar o ambulatório semanalmente, pois já se encontrava na trigésima quarta semana de gestação, era veterana na Roda. Com muita simpatia e desenvoltura falava para as *“novatas”* em linguagem acessível sobre a importância de falar sobre os medos e dúvidas, sobre as Rodas e sobre a CSC. Em sua última participação, levou a irmã, muito parecida com ela e muito feliz por ser a escolhida para cuidar da sobrinha.

Numa segunda-feira, não pudemos realizar a Roda na sala de costume. A reunião aconteceu, então, no pátio onde se instala a sala de espera do ambulatório. É um espaço aberto com vários bancos, sem nenhuma privacidade. Não havia qualquer possibilidade de se formar uma Roda. Nesse dia foi preciso ser dessa forma, sem forma. Mas foi justamente por isso que ocorreu um fato surpreendente. Uma mulher, grávida de trigêmeos, e com mais dois filhos pequenos, perguntou do que se tratava aquela reunião. Eu expliquei e perguntei se queria participar. Ela então, sem me responder, disse:

*Quero falar pra vocês, só uma coisinha. Prestem muita atenção no que os médicos daqui falam. Aqui eles explicam tudo certo. Tratam a gente como gente. Só aqui eu aprendi por que as crianças precisam tomar vacina. Eu achava que era uma injeção boba, sem nada, e não é. Essa caderneta na mão da doutora tem muita coisa. Se vocês não souberem ler, peçam para alguém ler pra vocês. Aí tem muitos ensinamentos, e tudo verdade (Amarelo ouro).*

Foi uma aparição, uma explosão de energia. Enquanto ela falava, todos em silêncio, prestavam a maior atenção. Foi um depoimento emocionante. Parecia maravilhada por ter descoberto que podia ser respeitada no seu saber e no seu não saber. Feliz por falar e ser ouvida. Parecia repetir um exercício, e o objetivo era experimentar mais uma vez o gostinho de ter ouvintes. O gosto de saber e poder transmitir o que aprendeu, de ter voz.

Essa foi uma experiência única. E não teria acontecido se estivéssemos no auditório, como de costume, se não soubéssemos aproveitar as oportunidades, sem medo de correr risco ao incluir a novidade que deu cor intensa ao encontro. Também não teríamos aproveitado tanto dessa fala-ensinamento se não estivéssemos abertas a experimentar o novo e se não tivéssemos aprendido com Winnicott que o “brincar faz parte da saúde” (WINNICOTT, 1975, p. 41). Tudo isso porque, apesar desse acontecimento, não foi fácil fazer a Roda acontecer nesse lugar. Muita conversa paralela, mãe que chegava e chamava a filha para sentar mais perto dela. As vozes se perdiam no espaço aberto, mas a Caderneta circulou nas mãos das participantes, ficaram curiosas, interessadas.

De acordo com a metodologia da Roda, o pesquisador não ocupa o lugar de quem ensina conteúdos e sim o de quem estimula a participação das gestantes com seus saberes e experiências e, com isso, favorece a apropriação dessa construção coletiva. As veteranas falavam de um reconhecido lugar de saber, um saber vindo da experimentação,

pois vivenciaram nas rodas, como participantes, esse intercâmbio<sup>15</sup>. Por isso se autorizaram, a partir da própria compreensão, a transmitir o conhecimento adquirido. Começamos a perceber mais um achado importante: o testemunho vivo do protagonismo das participantes na própria dinâmica dos encontros.

Foi possível observar a expressividade e a força da experiência em grupo, que possibilita uma forma de solidariedade que vai se construindo a partir de um mesmo objetivo, nesse caso, gestação, parto e nascimento, e tudo o mais que venha a se relacionar com esse momento. Na prática, nosso pressuposto da eficácia dessa abordagem metodológica, começava a ser verificado, compreendendo a transmissão de um saber construído ali, na convivência afetiva das Rodas como um movimento vigoroso do ‘viver com’ e do “entrelaçamento entre a teoria e a prática, trazendo para cena atores historicamente invisibilizados neste contexto de produção do conhecimento” (BRASIL, 2014, p.9)

Antes de continuarmos no curso das Rodas, vale trazer um esclarecimento a respeito do que entendemos como experiência, noção muito cara à construção e desenvolvimento desta pesquisa, visto que priorizamos o que foi vivenciado nas Rodas. Para tanto, além dos autores já citados que substanciaram este trabalho, incluí no referencial teórico as formulações acerca desse assunto do filósofo Jorge Larrosa que nos ensina que “a experiência é algo que pertence aos próprios fundamentos da vida” (LARROSA, 2014, p.13).

Larrosa é professor de filosofia da educação da Universidade de Barcelona. Em seu livro *Tremores: escritos sobre experiência* esmiúça esse tema, definindo-o como “A experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca” (LARROSA, 2014, p.18). Em outras palavras, a experiência é um fenômeno essencial da vida e pertence ao campo de afetação<sup>16</sup>, uma atmosfera de sentidos, algo que nos acomete e que nos implica no acontecimento. E se experiência é (parte da) essência do viver, isto vem corroborar a ideia de que, se algo nos acontece, nos leva também a mudanças.

Esse autor fortaleceu a hipótese da eficácia do aprendizado a partir da experiência e consequentes transformações do sujeito. Reforçou também a ideia de apostar na experiência como produção de saber. A esse respeito ele assegura que: “No

---

<sup>15</sup> Esse intercâmbio se dava em dois registros de saber: o saber vindo da experiência de vida afetiva, familiar e institucional e o saber adquirido nas dinâmicas das Rodas

<sup>16</sup> Ver campo de afetação, Maia, M.S Extremos da Alma dor e trauma na atualidade e clínica psicanalítica.

saber da experiência não se trata da verdade do que são as coisas, mas do sentido ou do sem-sentido do que nos acontece [...] tem a ver com a elaboração do sentido ou do sem-sentido do que nos acontece” (LARROSA, 2014 p.32).

Voltando aos encontros e, mais uma vez trazendo Carmim para dar cor aos exemplos, trago uma explicação sua do que são as Rodas: “*aqui é um lugar muito bom para falar e ouvir as outras meninas, porque elas também falam de como foi dar a notícia para a família. Como a família aceitou...*”. Destacamos mais esse tema como categoria emergente. Em todos os encontros subsequentes a este Carmim fazia essa pergunta. E na maioria das vezes a hora de dar a notícia, foi um momento de muita apreensão. Principalmente quando ao engravidarem ainda não tinham um compromisso formal de casamento. Carmim, por exemplo, disse não querer saber mais do namorado, embora ele não tenha desistido de reconquistá-la.

Violeta participou apenas do primeiro encontro. Muito séria, parecia não querer falar nem ouvir. Parecia alheia, recolhida em seu mundo. Apresentou-se rapidamente, disse seu nome e não saber o sexo do bebê. Pensei que por haver um homem presente, o marido de Branca, Violeta estava pouco à vontade. Isso se confirmou, pois, quando o casal foi chamado para consulta, o clima ficou mais ameno e Violeta falou. Falou e até sorriu, para nossa surpresa. Disse que sempre quis ser mãe e estava “*muito contente. O início foi muito difícil porque o meu marido não queria, ele já tem três de outro casamento. Mas eu fiquei quieta e fui até o fim. Agora ele está até gostando*”

Outro tema que incluímos como conteúdo emergente foi o planejamento, ou não, da gravidez. Três disseram ter planejado e apenas Lilás disse que, embora tenha planejado, não queria engravidar novamente, “*tudo aconteceu por insistência dele*” Mais uma vez despertava o interesse das outras participantes, sem dizer com palavras, mas sim com olhares, ficava a pergunta: por quê? O que se passava ali entre aquele casal! Expresso por uma participante dessa forma: “*Curioso, né?*”

Branca e o marido também só foram uma vez. Cheguei a vê-la nas dependências da maternidade, mas não podia participar da Roda, pois estava com exames marcados para aquela hora. Já Violeta, ‘fugia’ do encontro comigo. Uma vez abordei-a diretamente e ela me respondeu, do mesmo modo sério e bem sucinto, “*não quero ir, quero ficar quietinha*”. Respeitei, embora a resposta despertasse minha curiosidade. Porém, como o que senti foi apenas curiosidade, nada mais investiguei a esse respeito.

Durante as Rodas, informávamos que aquele era um trabalho que fazia parte de uma pesquisa. Rosa se interessou, quis saber mais. Depois de nossa explicação, nos disse:

*“Eu posso participar da entrevista. Nunca participei de uma pesquisa”*. O oferecimento de Rosa foi suficiente para eu sentir e comprovar a responsabilidade e o sentido daqueles encontros, pois trazia embutido um pedido de reconhecimento e, por conseguinte, uma valorização daquele espaço. Rosa não só era cor, mas, na sua pálida tristeza, atestava sempre o quanto era bom ter aquele grupo para *“falar de tudo, dos medos e das tristezas”*, aquele momento respeitoso de fala e de escuta.

Azul e Verde falavam pouco. Foram a três encontros, mas só se encontraram no último dia de Roda. Aparentavam mais segurança e mais autonomia que as outras. Ambas primíparas, casadas e maridos presentes. Apesar da diferença de dez anos entre elas, tinham algumas características em comum, além da postura bem segura ao opinar sobre temas que iam surgindo durante a Roda. Falavam com desenvoltura sobre trabalho, família e vida com parceiro e de seus direitos como gestante e mulher.

Na última segunda-feira em que nos encontramos, ambas com mais ou menos vinte e oito semanas de gestação e acompanhadas de seus maridos, davam a impressão de dois casais amigos, embora nunca tenham se visto antes. A partir daquele momento, ao ouvi-las falar a respeito da experiência nas Rodas, *“aqui a gente até faz amigos”*, nos fez pensar no vigor de um bom encontro.

Não sei, com certeza absoluta, se essa fala coincidia com minha suposição, mas, contaminada pela aprovação e pelos elogios às Rodas de Conversa, nada de diferente me ocorria, a não ser compreender esse espaço como um ‘ambiente facilitador’. Uma atmosfera propícia à formação de vínculos, um clima de solidariedade e cooperação ou, como afirma Paulo Freire, um processo transformador.

## **6.2 Entrevistas**

Foram feitas ao todo sete entrevistas semiestruturadas com o objetivo de colher dados complementares às observações feitas ao longo das Rodas de Conversa. Para a construção de um roteiro das entrevistas tomamos como parâmetro os seguintes aspectos a serem investigados:

- 1 Um pouco da história pessoal – idade, relação familiar, planejamento da gravidez e autoimagem.

2 O saber e a experiência com relação à gestação e ao bebê – o momento de saber da gravidez, a construção do vínculo afetivo, construção de parentalidade.

3 A vigilância do desenvolvimento infantil – ansiedade com relação ao parto e nascimento, cuidados com o bebê e conhecimento da Caderneta de Saúde da Criança.

Apuramos que as quatro mulheres mais jovens (entre dezenove e vinte e cinco anos) ficaram “surpresas” ao confirmarem a gravidez. Três disseram não ter planejado e apenas uma delas, disse “*ter programado para mais adiante*”. As três mulheres que tinham mais de trinta anos (trinta e três e trinta e quatro anos), haviam planejado, a gravidez e uma delas afirmou não estar arrependida, mas o fato de estar em conflito com o marido, a fazia pensar que teria sido melhor não ter acontecido nesse momento. Apenas duas não se achavam bonitas com a barriga. As outras cinco falavam com entusiasmo de como gostavam de seu corpo naquele momento. Uma delas fez um book fotográfico para ter como registro, fala ainda de que vai sentir saudade desse momento.

Podemos inferir que, mesmo as que não planejaram a gravidez, tiveram em algum momento a possibilidade de organizar internamente esse novo estado – de estar grávida e de ser mãe. Uma delas que, no primeiro momento pensou em interromper a gravidez, disse que o momento de aceitação da família foi decisivo para ela mudar de ideia. Lembramos aqui a importância do ambiente em que se encontra a mulher nesse período, um elemento fundamental para que ela se assegure de seus sentimentos a respeito dessa nova condição. Todas disseram ter uma boa relação com suas mães e contar com elas para algum tipo de ajuda. Apenas uma relatou ter perdido a mãe há um ano e sofrer, no momento, algum tipo de violência devido a ‘problemas emocionais’ do marido.

A reação dos companheiros diante da notícia da gravidez foi variável, de muito feliz a assustado, passando por um que se mostrou desconfiado quanto à paternidade. É possível deduzir, a partir dessas respostas, que podemos falar de um sentimento de pertencimento àquela nova configuração. Quanto ao nome do bebê, só dois foram escolhas do pai, os outros cinco foram definidos pela mãe. Um aspecto interessante é que as mulheres que estavam numa relação estável com seus companheiros, independentemente de terem planejado a gravidez, disseram que seus bebês nasceriam “com a cara do pai”. Isso nos levou a pensar no quanto uma relação de amorosidade e companheirismo tem reflexo positivo na ‘entrega’ do filho a esse companheiro, abrindo espaço para entrada dele nessa nova relação, reafirmando seu lugar de pai.

Com relação ao bebê prevaleceram os sentimentos de felicidade, ansiedade, amor, cuidado e insegurança. Todas relataram que, quando o bebê mexe, sentem ‘um amor muito grande’. Algumas complementaram com expressões tais como, gostoso, sentimento de ser mãe, delicioso. Acrescentaram também que, sem sentir nenhuma estranheza, conversam e fazem carinho em seu bebê, cantam, ouvem música. Sonhar com o bebê também é um fenômeno comum a todas. Apenas uma disse ter, às vezes, sonho ruim, mas não quis falar sobre esse assunto.

Todas apresentam expectativa de muita mudança, algumas disseram não saber bem o que exatamente vai acontecer, mas a mudança é certa. Outras preveem ficar sem dormir, bem como a necessidade de aprender a cuidar do bebê. Imaginam que vão precisar de um tempo para a adaptação à nova realidade. Contam com a ajuda de familiares e amigos. Isso faz com que elas se sintam menos inseguras quanto aos cuidados imediatamente após o nascimento, principalmente aquelas que são primíparas. Uma pensa ser ‘instintivo’ esse aprendizado, outra diz que “*não tem como não aprender*”.

Quanto ao crescimento do bebê, foi dito que é motivo de muita preocupação, que é preciso acompanhar de perto, que o desejo é que cresça rápido, com saúde e que seja um ser humano bom e sem preconceitos. Todas se disseram apreensivas com a criação, localizando como a fase mais perigosa e vulnerável a adolescência. A ansiedade foi um sentimento constante e comum a todas as sete entrevistadas. Três gestantes já conheciam a CSC, as outras quatro conheceram durante as Rodas.

A respeito das Rodas de Conversa, vale transcrever alguns trechos dos comentários:

*“Adorei, dá pra ver, né?” Gostei de falar pra meninas mais novas. É bom a gente falar, desabafar e a gente também é consolada quando vem aquela aflição, aquele medo...Gostei muito”*

*“é uma ótima oportunidade para se tirar dúvidas. Gostei de poder ouvir as outras, a gente vê um mundo diferente. Ver uma mulher com muitas dificuldades, sofrendo e a gente e a gente poder falar uma coisa boa pra elas e ver elas sorrirem é muito gratificante”*

*“Gostei muito. Poder tirar dúvidas, falar dos medos. Foi muito bom. Não sou muito de falar, mas gosto muito de ouvir”*

*“Gostei bastante. É sempre bom conversar e ouvir outras histórias. Muito válido. O grupo foi muito bom”*

*“Achei bem legal. Poder falar e se abrir. É bom escutar as outras meninas, pois a gente vê que todas têm problemas. Essa gravidez foi a mais bem acompanhada. Aqui toda vez que venho tem uma história diferente e a gente vê que não está só.*

*“Gostei muito, pena que vai acabar...rs. Mas a gente conversa com as outras quando esperamos a consulta”*

*“Pra mim foi muito bom. A gente fica aliviada quando sabe que outras mulheres também têm medo”*

### **6.3 Limite e Adversidades**

Como nos diz Winnicott, o ambiente precisa ser favorável para um bom desenvolvimento, mas adversidades existem e temos que lidar com elas da melhor maneira possível, de preferência de forma criativa. Assim sendo, nesse campo de trabalho também encontramos adversidades que em alguns momentos conseguimos aproveitar como oportunidade para novas experiências. Lembrando aqui o momento singular em que encontramos Amarelo Ouro.

O número reduzido de gestantes que preenchiam os critérios inicialmente estabelecidos foi um ponto importante de reavaliação desses critérios. Ampliamos assim os três pontos de partida para compor a amostra. Conforme o projeto inicial, faríamos duas entrevistas com cada gestante, modificamos para uma, e incluímos mais um tema nessa única oportunidade de conversa individualizada.

Pelo fato dos residentes começarem os atendimentos cedo, seguindo a ordem de chegada das gestantes, inicialmente tivemos um pequeno transtorno: a interrupção da dinâmica para que a paciente agendada para o primeiro horário se apresentasse para o atendimento clínico. Em um determinado dia tivemos que interromper a fala de uma das participantes. Conseguimos contornar essa situação, deixando sempre a primeira paciente da agenda dos residentes, dispensada da participação na Roda.

Algumas gestantes não aceitaram nosso convite. Ou, como aconteceu com Violeta, por exemplo: foi a um primeiro encontro e não quis mais entrar na Roda. Ficava um bom tempo sentada esperando atendimento médico, mas preferia não participar da Roda. Outras ouviam a nossa proposta, mas diziam que não queriam conversar ou davam alguma desculpa, trazendo alguma situação que a impedia de se associar à dinâmica.

Tivemos de lidar com fato de a Roda não ser um grupo de psicoterapia. No entanto, algumas gestantes utilizavam aquele espaço para falar de questões emocionais ou mesmo de algum tipo de conflito que pudessem estar experimentando no momento. Como Rosa, que parecia à vontade de falar de seu relacionamento difícil com o marido. Ela era atendida por uma psicóloga da ME e certamente tratava desses assuntos, mas gostava de dividir ali na Roda, se sentia acolhida pelas outras participantes.

O aspecto acima citado é de extrema delicadeza e, a responsabilidade com a atenção e o cuidado em deixar bem claro esse limite, era inteiramente nossa. Fazendo parte de uma perspectiva ética, a rotina que estabelecemos era a de constantemente discutir os acontecimentos da Roda, os temas emergentes, a atmosfera afetiva do encontro e as demandas que surgiam.

## 7 CONCLUSÃO

A revisão bibliográfica conferiu consistência ao pressuposto de que os vínculos estabelecidos na primeira infância e desde os primeiros momentos de vida são os alicerces da vida adulta. Portanto, também a partir da pesquisa bibliográfica, podemos concluir que é fundamental investir nesse vínculo inicial, incentivando-o e estando atentos a qualquer dificuldade nesse caminho. Como profissionais de saúde temos essa responsabilidade ética.

As Rodas de Conversa, pela vivência que tivemos, se mostraram um espaço democrático de troca de experiências, de desenvolvimento pessoal e de construção de saber (FREIRE, 1979). Comprovaram ser um lugar de intercâmbio, de cooperação e de elaboração de situações mal compreendidas. O fato de ouvir outras pessoas, identificar situações semelhantes ou mesmo opostas, possibilita a cada um dos participantes a oportunidade de relativizar os acontecimentos e as circunstâncias da vida.

Respondendo ao objetivo geral desta pesquisa, a Roda de Conversa se apresenta como excelente estratégia de estímulo ao vínculo mãe-bebê, uma vez que é um espaço para discussão de temas relacionados à gestação, ao parto e nascimento, sendo assim uma ótima oportunidade de esclarecimento e elaboração de situações ainda incompreendidas. A conversa aqui se confirma como um poderoso dispositivo de saúde, um processo de intercâmbio de experiências e de construção de sentido.

Ao falar sobre si e ouvir o outro, instaura-se uma atmosfera de respeito e interesse pelo que é dito, pelo que circula nas Rodas, palavras e afetos. Essa dinâmica ativa processos onde o reconhecimento surge como elemento central para apropriação de um saber construído a partir da própria história de vida e do que é experimentado nos encontros das Rodas. Para os participantes, gestantes e seus companheiros, é um passo inicial para o reconhecimento da importância de seu protagonismo para um desenvolvimento mais saudável de suas crianças.

“A conversa alivia a dor, uma vez que quebra a solidão e o desamparo e, assim, é instrumento poderoso de promoção de saúde”, afirma Marcia Merquior, já citada nesse trabalho. Também com o objetivo de promoção de saúde, a Roda de Conversa se mostra um potente espaço para percepção de que algo pode não estar caminhando tão bem com a gestante. Com uma escuta qualificada e apurada essa situação pode ser rapidamente acolhida e encaminhada para o setor de psicologia.

A Caderneta de Saúde da Criança se mostrou uma excelente ferramenta para dinamizar as Rodas. Além de cumprir a função prevista na concepção teórica das Rodas de Conversa, o fato de ser apresentada às gestantes previamente (uma vez que este documento só é entregue após o nascimento), faz grande diferença para despertar o interesse delas pelo conteúdo da CSC. Vale lembrar a importância desse documento para o acompanhamento do desenvolvimento e crescimento das crianças.

Dessa forma, e diante de tudo que já foi exposto, é possível inferir que as Rodas de Conversa podem ser consideradas um espaço institucional de troca e de experiência de cuidado. Essa leitura, em sintonia com a proposta contida no Projeto Aplicativo (Apêndice C), apresenta os subsídios para a institucionalização das Rodas de Conversa em ambulatório de pré-natal, a exemplo do piloto realizado na ME, como mais um espaço de promoção de saúde.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. C. de. **Caderneta de saúde da criança**: estudo de utilização e de fatores associados à leitura pela mãe. 2015. Tese (Doutorado em Ciência da Saúde) - FIOCRUZ 2015, Rio de Janeiro, 2015.

ALVES, R. **Escutatória**. p. 65, 1999. Disponível em:  
<<http://rubemalves.locaweb.com.br/hall/wwwpct3/newfiles/escutatoria.php>>. Acesso em 01-032017

BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BOWLBY, J. **Formação e Rompimento dos laços afetivos**. 4. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de gestão estratégica e participativa**. departamento de apoio à gestão participativa. caderno de educação popular e saúde Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de gestão estratégica e participativa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Caderno de educação popular em saúde, 2).

CAMPOS, G. W. S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada, **Interface: Saúde Comunicação e Educação**, v.18, n.1, p. 983-995, 2014.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, 2007.

CERULNYK, B. **Os patinhos feios**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

COUTO, M. **Na berma de nenhuma estrada**. São Paulo: Companhia das Letras, 1986.

FERREIRA, A. M. Donald Woods Winnicott, um olhar sobre sua vida e obra. In: FERREIRA, A. M. (Org.) **Espaço potencial WINNICOTT: diversidade e interlocução**. São Paulo: Landy, 2007.

FONTES, I., et al. **Virando gente a história do nascimento psíquico**. Rio de Janeiro: Ideias & Letras, 2014.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970.

GELLY, R. Aspectos Teóricos do Movimento Balint. In: MISSENARD, A. et al. A experiência Balint história e atualidade. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

HOLANDA, C. B. **Paratodos**. Rio de Janeiro: BMG Ariola, 1993. 1 disco compact (60 min.): digital, estéreo.

JORGE, M. A. S. **A produção de sintomas como silenciamento da violência**. 2009. 150 f. Tese (Doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

KHAN, M. MASUD R. Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos. In.: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**. 3.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

LARROSA, J. **Tremores escritos sobre experiência**. São Paulo: Autentica, 2014.

MAIA, M. S. Crianças brincam! considerações sobre o desenvolvimento emocional infantil e a linguagem lúdica. **Revista divulgação em saúde para debate**, n. 54, p. 35-42, 2016.

MAIA, M. S. Preparação psicológica para o parto acolhimento clínico e promoção de saúde emocional. In: MONTENEGRO, C. A. B. e REZENDE FILHO, J. **Rezende obstetrícia**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

MATURANA, H. **Amar e brincar: fundamentos esquecidos do humano**. 3. ed. São Paulo: Athenas, 2011.

MERQUIOR, M. C. N. **Converso, logo existo**: reflexões sobre a conversa como instrumento de humanização da saúde. In.: MAIA, M. S. (Org.) *Por uma ética do cuidado*. Rio de Janeiro: FAPERJ, 2009.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1993

MONTAIGNE, M. (Livro III, cap. XIII, Da experiência, p. 458)

MOURA, A. F.; LIMA, M. G. A Reinvenção da roda: roda de conversa: um instrumento metodológico possível. **Revista Temas em Educação**, v.23, n.1, p. 98-106, 2014.

NAFFAH NETO, A. N. **Paixões e questões de um terapeuta**. São Paulo: Ágora, 1989.

NOGUEIRA, J.; PITOMBO, R. D.; ROSARIO, S. E. Transformações afetivas em um grupo de profissionais de cuidados paliativos. In: INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Comunicação de notícias difíceis na atenção à saúde*. Rio de Janeiro: Inca, 2010, p. 107-114.

NUNES, E. P. Prefácio. In.: BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. São Paulo: Atheneu, 1984.

ROSÁRIO, S. E.; PENELLO, L. M. Para compreender o conceito de ambiente facilitador e o seu uso na construção de políticas facilitadoras à plenitude da vida. **Revista Divulgação em saúde para debate**. n. 54, p. 15-25, 2016.

SAIDON, O. **Práticas grupais**. Rio de Janeiro: Campus, 1983.

SENNETT, R. **Juntos o rituais, os prazeres e a política da cooperação**. Rio de Janeiro: Record, 2012.

VESCHI, J. L. **Anotações de aula**. curso teoria e prática psicanalítica. Rio de Janeiro: EBEP, 2016

WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

WINNICOTT, D. W. Preocupação Materna Primária. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria a psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

WINNICOTT, D. W. **O Brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

ZORNIG, S. M. A-J. **Tornar-se pai, tornar-se mãe**: o processo de construção da parentalidade. In. Revista Tempo Psicanalítico, v.42. n.2, p.453-470, 2010.

## APÊNDICE A – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezada (o) Participante,

Você está sendo convidada (o) a fazer parte da pesquisa “**Rodas de Cuidado: tecnologia relacional em Perinatologia para a promoção de saúde integral, estimulando o desenvolvimento infantil saudável**”, cujo objetivo é criar uma prática educativa em grupo para as gestantes e acompanhantes, visando uma sensibilização dos futuros pais para o processo de desenvolvimento saudável de seu filho. Você não é obrigada (o) a participar e, mesmo aceitando fazer parte da pesquisa, poderá desistir e retirar a sua autorização a qualquer momento. Se você não quiser participar não terá nenhum prejuízo em seu atendimento no ambulatório de pré-natal; ou seja, você poderá manter normalmente o seu atendimento nesta unidade de saúde.

#### **Como será a participação?**

Você fará uma entrevista com uma pesquisador que lhe fará algumas perguntas sobre o processo de gestação e sobre seu futuro bebê. Depois você será convidada a participar de um grupo que contará com 6 a 8 gestantes para conversar sobre o desenvolvimento de seu futuro bebê. No total, você terá 4 (quatro) encontros com nossa equipe: 4 (quatro) durante o pré-natal no mesmo dia em que terá consulta com seu médico (entre a 28ª e a 37ª semanas) e 1 (uma) entrevista após os encontros grupais antes da alta, no alojamento conjunto. Os encontros grupais serão marcados nos dias em que você já tenha que vir à Maternidade.

Todas as informações gravadas ou escritas que você nos passarão serão mantidas em segredo e utilizadas apenas para a pesquisa. Nenhuma outra pessoa ou profissional terá acesso às suas informações.

Quando apresentarmos os resultados deste trabalho, seu nome não será divulgado.

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_ Rubrica participante: \_\_\_\_\_

#### **Benefícios:**

Ao participar desse estudo, você terá a chance de conversar sobre a gestação, o parto e sobretudo sobre o desenvolvimento de seu futuro bebê. Conhecerá a Caderneta de Saúde da Criança e poderá tirar suas dúvidas.

Em caso de dúvida em relação à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em que esta pesquisa foi avaliada e aprovada. O Comitê de Ética tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa e ajudar no seu desenvolvimento. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e verificar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. □

#### **Meu consentimento:**

Declaro que li e entendi os objetivos e condições da pesquisa:

( ) Li e concordo com a minha participação

Assinatura do participante \_\_\_\_\_

Nome do participante \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_

Nome do pesquisador \_\_\_\_\_

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_

**Contato do coordenador da pesquisa:**

**Dra. Marisa Schargel Maia**  **Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ**

**Telefones: (21) 25524776 / 982523000**  **E-mail: msmaia@centroin.com.br**

**Comitê de**

**Ética em Pesquisa da Maternidade Escola/UFRJ**

**Rua das Laranjeiras, 180. CEP: 22240-000 – Rio de Janeiro, RJ.**

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_ Rubrica participante: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista**

DATA:

ENTREVISTADOR:

**DADOS PESSOAIS**

Nome completo:

Data de nascimento: idade:

Naturalidade:

Nome do  
responsável Grau  
de parentesco:

Endereço:

Telefone para contato:

Estado civil:

Renda familiar (em salários mínimos)

Vínculo empregatício: ( )sim (não) autônoma ( ) aposentada ( ) Arrimo  
de família:**CONDIÇÕES DE MORADIA:**

Imóvel: ( )próprio ( )alugado ( )cedido ( )outros

Alvenaria: ( )sim ( ) não saneamento básico: ( )sim ( )não

No de cômodos ( ) no de pessoas que residem no imóvel:

Constituição familiar na residência: Agregados:

**GESTAÇÃO ATUAL**

GRAVIDEZ: Planejada ( )SIM ( )NÃO / Desejada ( )SIM ( )NÃO

Como soube da gravidez?

Houve intenção de abortamento?

Consegue realizar normalmente suas atividades diárias?

Quais as mudanças que observou em sua vida?

E na vida sexual?

E no corpo, você se acha bonita grávida? Porque?

**EXPECTATIVAS SOBRE O PARTO**

ESPERA ( )parto normal ( )parto cesáreo anestesia SIM( ) NÃO( ) Atendimento Pré Natal:

Idade gestacional:

Idade da gestação quando iniciou o pré natal: Nº total de consultas:

Conhece o espaço físico da maternidade? Como?

Conhece a equipe que faz o parto?

Houve algum fato importante como morte, acidente, enfermidade antes ou no decorrer da gravidez?

Qual?

Você sofreu algum tipo de violência na infância e/ ou agora?

**HISTÓRIA PESSOAL**

Gostaria de falar algo sobre você?

Pai do Bebê:

Idade:            Profissão:            Religião:            Naturalidade:  
 Tempo de convivência:

Vida Sexual:

Idade da 1ª relação sexual:

Nº de gestações

Nº de partos:

Nº de partos: ( ) normal ( ) cesárea ( ) fórceps

( ) termo ( ) pré termo ( ) pós termo

Nº de abortos: ( ) espontâneo ( ) provocado

( ) 1º trimestre ( ) 2º trimestre ( ) micro cesárea

**ROTEIRO ABERTO PARA ORIENTAÇÃO DO PESQUISADOR:  
 EM RELAÇÃO AO APEGO MATERNO-FETAL (CONSTRUÇÃO DE  
 VÍNCULO)**

O que sente em relação ao bebê?

Quando começou a sentir isso?

E quando o bebê mexe, o que sente?

Conversa com ele? Faz carinho?

É estranho?

Imagina como ele é? Acha que ele vai ser parecido com quem?

Sonha com ele?

Já tem nome escolhido? Quem escolheu? É nome de parente?

E o sexo?

Como estão os preparativos para receber o bebê?

Há algo mais que você queira falar?

Qual a reação do pai do bebê quando soube da gravidez?

Idade da mãe?

Relação com a própria mãe (sentimentos que tem em relação à figura materna): Relação com o próprio pai (qual o vínculo?)

**EM RELAÇÃO À VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

Quando o bebê nascer, quais as mudanças que você acha que vão acontecer?

Porque?

Vai ter ajuda nos cuidados com o bebê? Em caso positivo, de quem?

Tem noção de como cuidar do bebê? Como aprendeu?

O que pensa sobre o crescimento de seu bebê? E os cuidados?

Alguém ajudará na criação? Fica preocupada?

Terá pediatra? Em lugar pretende fazer este tipo de atendimento?

Onde irá levá-lo para acompanhar a saúde?

Conhece a Caderneta de Saúde da Criança?

**COM RELAÇÃO A EXPERIÊNCIA NAS RODAS DE CONVERSA**

O que achou de participar das Rodas?

O que mais gostou?

**APÊNDICE C - Projeto Aplicativo**

**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL DA MATERNIDADE ESCOLA  
DA UFRJ**

**JANE GONÇALVES PESSANHA NOGUEIRA**

**RODAS DE CONVERSA: UMA ESTRATÉGIA DE ESTÍMULO AO VÍNCULO MÃE-BEBÊ**

Projeto Aplicativo desenvolvido no Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da UFRJ, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Joffre Amim Junior

Rio de Janeiro  
2016

## 1. INTRODUÇÃO

O que vem preocupando profissionais de diversas áreas ligadas ao desenvolvimento humano, especialmente a de educação em saúde, é o aspecto emocional visto como parte fundamental do desenvolvimento integral infantil. Paralelo ao tema, as práticas em saúde tem sido ponto de pauta cotidiana, ou seja, fator relevante das discussões no que se refere ao dia a dia da atenção. Sendo assim metodologia e conteúdo são compreendidos como estreitamente associados, e por isso precisam não só de coerência teórica, mas também de ressonância técnica e ética e de respostas adequadas às demandas do cenário real do trabalho em saúde.

É na interdisciplinaridade que encontramos possibilidades de construir, em cooperação, soluções criativas para os problemas, utilizando as práticas educativas em saúde para ampliar a capacidade de intervir e de cuidar. Processo pelo qual o profissional desenvolve seu potencial de reflexão, de crítica, de intervenção e de cuidado.

Retomando a dimensão emocional, ou seja, a questão dos afetos e sua importância para o desenvolvimento, partiremos do seguinte princípio: é nos primeiros momentos de vida que se encontra a raiz do desenvolvimento emocional e a matriz embrionária de funções fundamentais para o desenvolvimento das capacidades interrelacionais indispensáveis para as relações futuras com o estar no mundo. Este processo se dá a partir das primeiras relações do bebê com sua mãe.

Sabe-se, a partir da literatura, que é a partir do último trimestre de gestação que a mulher se encontra em um estado de prontidão psíquica para o nascimento do bebê, ou seja, todas as suas preocupações estão voltadas para o desfecho positivo do processo gestacional. As últimas semanas de gestação são tão intensas no investimento do futuro bebê que alguns teóricos situam nesse período o “embrião” do processo de apego, descreve esse momento “como um estado muito especial da mãe [...] Esta condição gradualmente se desenvolve e se torna um estado de sensibilidade aumentada durante, e especialmente no fim da gravidez” (Winnicott 1988, p. 493).

Portanto, é esse o momento mais oportuno de se oferecer ambientes para esclarecimentos, para troca de experiências e para promover e incentivar o protagonismo dos pais. Sendo assim, é essencial aproveitar a ‘janela de oportunidade’ que se encontra a partir dos últimos três meses de gravidez, investindo no fortalecimento do vínculo materno infantil.

A proposta é de trabalhar com grupos de gestantes da Maternidade Escola na modalidade ‘Roda de Conversa’, que possibilitará a experiência produtiva de circulação de afetos e saberes trazendo a ‘conversa’ como dispositivo de prática de saúde. Essa metodologia é um potente promotor de ambientes de confiança, permitindo refletir sobre possíveis estratégias para lidar com situações complexas. São ambientes que favorecem o amadurecimento, nos quais se constroem vínculos de confiança, onde o diálogo faz parte da produção de conhecimento. Espaço em que se reconhece e se potencializa os recursos pessoais para o enfrentamento de situações sejam elas do dia a dia, sejam de natureza mais complexa.

Seguindo esse caminho a ideia é dar mais um passo em direção ao que se entende por promoção de saúde, e entendê-la como patrimônio da vida. Para que se favoreça e sedimente-se práticas de saúde integral, são necessárias mudanças que tragam impacto na sociedade como um todo, ou seja, que se pense e se construa políticas públicas que incluam a ideia de que qualidade de vida e saúde estão estreitamente ligados.

Soma-se à metodologia da Roda de Conversa, o uso da Caderneta de Saúde da Criança (CSC) instrumento importante no presente e no futuro para as crianças. No presente projeto, além de outras funções auxiliará a dinamizar os encontros com as gestantes. Visando a continuidade do cuidado e da utilização da CSC, a sua apresentação antecipada tem como objetivo sensibilizar e estimular o uso da mesma, que será uma espécie de “passaporte” da criança para toda a infância, visto ser não só um documento de valor para acompanhar a evolução, o desenvolvimento e o crescimento da criança, mas também um norteador do processo sensível de observação.

Para que se construa um projeto voltado para as necessidades da Maternidade Escola é preciso um planejamento adequado à realidade em questão. Esse Projeto Aplicativo está sendo construído a partir de alguns conceitos do Planejamento Estratégico Situacional -PES, utilizando uma bibliografia básica composta de publicações do autor dessas ideias, Carlos Matus. Para subsidiar teoricamente ainda mais, os escritos de Elizabeth Artmann e Francisco Rivera que discutem

amplamente as noções de Planejamento e os conceitos a ele agregados, seguem na lista de referencias.

## **1.2 Temática Abordada**

O aspecto emocional visto como parte imprescindível do desenvolvimento integral, apresenta-se aqui como questão fundante da pesquisa sobre o vínculo afetivo mãe-bebê e seu incentivo através das Rodas de Conversa.

A escolha dessa modalidade grupal parte da concepção de que o homem como ser histórico e sempre em relação, vai em direção ao outro buscando nesse processo dialógico amor e reconhecimento, valorizando assim o que é experimentado e vivido nos encontros. É, portanto nesse momento que ele se reconhece e se afirma como sujeito. Seguindo esse pensamento é nessa fronteira entre o individual e o coletivo que acontecem as possibilidades de mudanças e de transformações subjetivas.

## **2. OBJETIVO DA AÇÃO**

Estimular o vínculo mãe-bebê através das Rodas de Conversa para promoção do desenvolvimento emocional infantil saudável, aproveitando a janela de oportunidade do último trimestre de gestação.

### **2.1. Ações Específicas**

- 1- Construir um modelo aplicativo voltado para a promoção de saúde emocional no último trimestre de gestação;
- 2- Desenvolver proposta junto aos profissionais do ambulatório da ME para a criação de práticas educativas voltadas para saúde emocional;
- 3- Organizar os grupos com as gestantes;
- 4- Realizar Rodas de Conversa.

## **3. REVISÃO TEÓRICA**

### **3.1 Vínculo Afetivo mãe-bebê**

A história de cada ser humano tem seu início na rede de mitos familiares e sua construção se dá ao longo de toda a gestação e fica mais clara, se observarmos bem, sobretudo no último trimestre. É também nesse momento que muitas preocupações e fantasias passam a fazer parte do cenário. Teresa Maldonado, estudiosa do tema sobre a gestação, entende esse momento como um dos períodos críticos no ciclo vital feminino, juntamente com a adolescência e o climatério. (Maldonado, 1976). Uma vez que a perspectiva de mudança é inerente ao evento, o que se deve ter como meta é o olhar voltado para possíveis sinais que apontem para dificuldades na construção do vínculo mãe-bebê.

A este respeito é também referência o psicólogo e pesquisador britânico John Bowlby, que desenvolve sua 'teoria da ligação' como "um modo de conceituar a propensão dos seres humanos a estabelecerem fortes vínculos afetivos com alguns outros" (Bowlby, 2006 p.168). A ideia é conceituar algo que tem a natureza de um acontecer de emoções, de sensorialidade e de linguagem.

Sua teoria se baseia na necessidade que o ser humano tem, desde os primeiros momentos de vida, de se ligar ao outro e, "embora seja especialmente evidente durante os primeiros anos da infância, sustenta-se que o comportamento de ligação caracterize os seres humanos do berço à sepultura" (Bowlby, 2006 p.171).

As últimas semanas de gestação são tão intensas no investimento do futuro bebê que alguns teóricos situam nesse período o "embrião" do processo de apego,

Winnicott chama esse estado de "preocupação materna primária" e a descreve

"como um estado muito especial da mãe [...] Esta condição gradualmente se desenvolve e se torna um estado de sensibilidade aumentada durante, e especialmente no fim da gravidez." (Winnicott (1988; 1975 p. 493).

Reafirmando, é no período gestacional, sobretudo no último trimestre, que a mulher projeta um espaço, tanto físico quanto psíquico, para o futuro bebê que ganha lugar mais definido em seu mundo interno. Conforme suas condições emocionais esse cenário pode se apresentar de várias formas, ou seja, de jeitos diferentes de lidar com o novo, com o desconhecido, criando assim expectativas de toda a natureza. Já é bem sabido como a história e a experiência de vida da futura mãe, suas memórias conscientes, ou não, sua condição afetiva e social, influenciam, e muitas vezes determinam, os rumos de seu apego ao bebê.

### **3.2 Grupo**

O grupo visto como ambiente de crescimento e aprendizado, traz para discussão a força do coletivo como prática de saúde e de construção de saber. Entende-se esse desenho como dispositivo de mudanças, como um espaço que facilita a circulação de afetos e saberes, e assim, modificando formas de sentir e lidar com as situações do cotidiano, muitas vezes de difícil manejo, podendo com isso transformar a experiência em bagagem de vida. Um encontro que aponta para novas possibilidades, “como acontecimentos que ao irromperem desmancham territórios cristalizados” (Barros, 2009 p.29).

Este intercâmbio de experiências pode se constituir num espaço seguro de acolhimento, resultando num compartilhar de responsabilidades. Importante incluir nesse espaço a possibilidade de aprimoramento das relações interpessoais, valorizando a capacidade de ouvir o outro e ser ouvido, “o grupo como um dispositivo que visa acionar processos capazes de produzir mudanças por meio do que é expresso e experimentado no decorrer dos encontros” (Nogueira; Pitombo; Rosário, 2010 p.108).

É através do estímulo à reflexão sobre as dificuldades, sobre as experiências, e sobre as ideias que aparecem nesses encontros, que surgem soluções e encaminhamentos, brotando do próprio grupo os passos para uma nova proposta de enfrentamento. Assim sendo, cabe sempre a pergunta: nesse intercâmbio, o que se traz, o que se troca e o que se leva?

### **3.3 Roda de Conversa**

Conversar é compartilhar e “compartilhar é viver” como diz Marcia Merquior em seu artigo *Converso, Logo Existo* (Merquior, 2009). Conversar implica na díade fala/escuta, na dinâmica de intercâmbio do que se pensa e do que se sente. A fala busca a escuta, reconhecendo no outro um anteparo que reflete e contribui na construção de sentido do que é expresso. Fala-se para alguém/ouvinte, num movimento dialógico onde a palavra falada e ouvida está carregada de emoção. As concepções de vida são organizadas a partir do que afeta e emociona. O que é comunicado está impregnado de afetos. Ideias, sugestões, opiniões enfim tudo o que é falado tem em sua estrutura aquilo que se sente. A conversa é vista como fenômeno relevante para o processo de crescimento e de transformação. É o lugar que faz aparecer o cotidiano das pessoas e suas formas de dar sentido às coisas e aos acontecimentos. É durante a conversa que o saber do senso comum se apresenta como sabedoria de vida (Santos, 2010).

A conversa em roda faz circular tanto palavra quanto emoção de forma mais livre e democrática. Estando em roda é quase inevitável o olho no olho, o que facilita a cooperação, o respeito e o trabalhar juntos para partilhar dúvidas e soluções. A conversa pode apresentar um mundo novo com soluções variadas, instrumento potente para transformação, pois “o que garante a existência de cada ser é ter como compartilhar emoções, deixando-as fluir em suas conversas” (Merquior, 2009 p.293). A Roda de Conversa é uma técnica baseada nos princípios de democracia e de liberdade e que pode ser adequada a diferentes contextos. Na saúde, por exemplo, existe toda uma linha de pensamento desenvolvida por Gastão Wagner (Campos, 2007) em seus artigos sobre o Método Paidéia, que evoca a antiga dinâmica grega para o trabalho de co-gestão ou gestão compartilhada.

Motivação, curiosidade e cooperação são premissas de um projeto de trabalho conjunto. É nesse caminho que a Roda de Conversa se apresenta como estratégia de vinculação, intercâmbio e construção de sentido, onde o interesse pelo outro está associado ao crescimento pessoal e a construção de autonomia.

A estratégia da Roda de Conversa inspirada na informalidade dos diálogos sociais, traz de relevante o que Paulo Freire chamou de “pedagogia transformadora”, ou seja, uma forma ousada,

à época, de propor o processo ensino/aprendizagem como o intercâmbio de experiências e de saberes, próprios de cada comunidade, de cada grupo, de cada indivíduo, colocando cada um “[...] em condições de re-existenciar cada palavra de seu mundo, para, na oportunidade devida, saber e poder dizer a sua palavra” (Freire, 1974 p.5).

Utilizar o método das Rodas de Conversa nesse momento, último trimestre de gestação, proporciona à gestante um espaço para falar e ouvir sobre experiências importantes e a repercussão em sua vida emocional. Esse processo dialógico facilita a elaboração da ansiedade experimentada ao longo da gravidez e aumentada na proximidade do parto. Possibilita também a reflexão sobre esse processo singular e de transição, pois seu lugar social terá novos contornos, além de filha e esposa passará a ser mãe e assumirá todas as responsabilidades de mais essa função.

#### **4. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL**

Planejamento traz a ideia não só de caminho como também de mudança e de uma fala prospectiva. Esse conceito ilumina o lado da esperança, está no sentido de acreditar e apostar na organização do presente para colher frutos no futuro, “sim, porque plano é uma aposta. Uma aposta argumentativa, comunicativa...e que inclui o outro.” (Rivera e Artmann, 2012-2014. p.12). O Planejamento Estratégico Situacional, PES, é uma forma de olhar e compreender a situação ou o cenário em questão e poder intervir no que se identifica como disruptivo ou causador de insatisfação, o problema, e que impede o fluxo adequado do curso em andamento. Portanto a partir da avaliação crítica do um cenário atual pode-se pensar criativamente em soluções para possíveis desacertos na dinâmica dos processos de trabalho, desde que se inclua todos os atores sociais, e que traga para o plano de valor o que é vivido e experimentado na dinâmica diária do cenário em foco. “Planejar é buscar formas de coordenação de ação por meio do diálogo (...), sem ignorar o conflito, mas tematizando-o”. (Rivera e Artmann, idem, p.15).

Importante ressaltar um ponto forte e diferencial desse pensamento, que compreende e trata a realidade sempre em movimento, portanto com respostas provisórias, adequadas a cada momento e acompanhando o fluxo das mudanças. Um dos conceitos básicos do PES é o ‘problema’, entendido como uma desarmonia entre o real e o desejado (Matus, 1997). Compreendido como fator relativo e circunstancial, dependendo do ponto de vista, aquilo que estiver causando discrepância pode por um lado trazer fragilidade e por outro, potencialidade para resoluções. Definir qual o problema, qualificá-lo e colocá-lo em ordem de prioridades em relação aos outros problemas listados, é mais um passo, depois de colher informações claras e imprescindíveis, para a construção de um Plano de Ação adequado as necessidades e à realidade.

##### **4.1 Problema/Descritor**

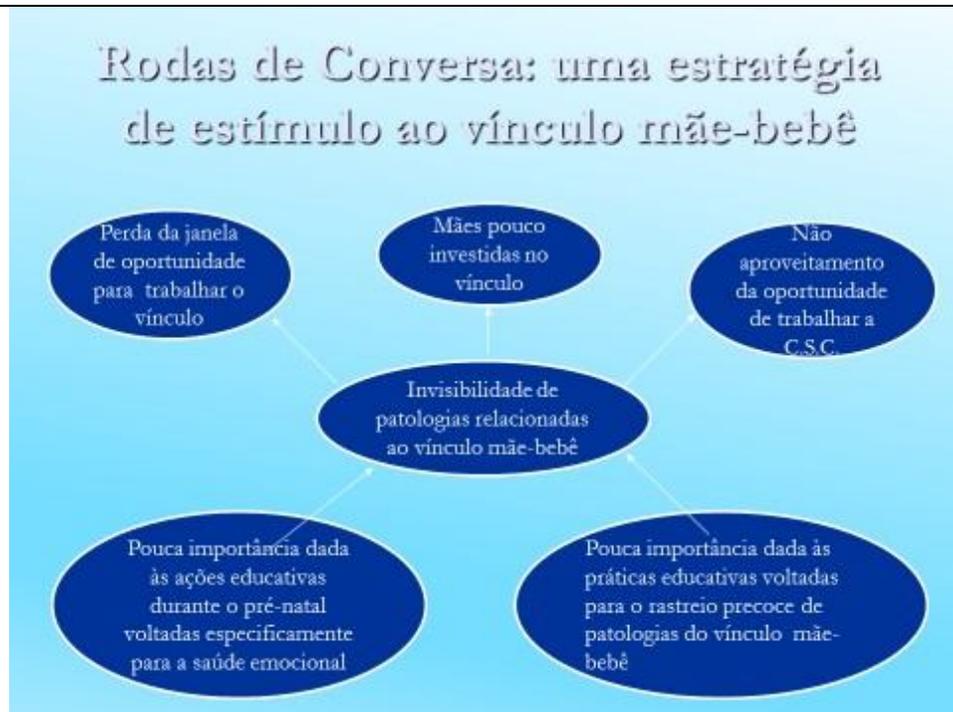
Invisibilidade das patologias ligadas ao vínculo mãe-bebê.

##### **4.2 Análise do Problema**

Perda da janela de oportunidade para incentivar o vínculo mãe bebê a partir do estímulo ao uso da CSC e da utilização dos espaços ~~trabalho~~ de atenção e cuidado como campo específico de promoção de saúde emocional da gestante de risco habitual.

##### **4.3 Árvore de Problemas**

Instrumento que facilita a compreensão e análise dos problemas, suas causas e consequências, uma vez que organizado o cenário, de forma a visualizar mais claramente o que pode determinar o problema e seus desdobramentos, facilita não só o entendimento das redes relacionais como também a possível intervenção visando mudanças importantes na dinâmica dos processos de trabalho.



#### 4.4 Análise da Árvore de Problemas

A partir da análise da Árvore de Problemas aqui apresentada é possível levantar algumas questões importantes no que diz respeito primeiramente ao incentivo ao vínculo afetivo entre a mãe e seu bebê e a importância desse processo amoroso desde os primeiros momentos para a vida adulta. Em segundo lugar refletir sobre o uso, ou possível subutilização da Caderneta de Saúde da Criança e seu valor como documento e instrumento de observação, vigilância e acompanhamento do desenvolvimento da criança. Em terceiro mas não menos importante, o olhar voltado para as práticas de educação em saúde, seu potencial, seu alcance e seus limites. Centrado no descritor “invisibilidade de patologias relacionadas ao vínculo mãe-bebê”, as causas de maior relevância podem estar relacionadas não só a questões básicas econômicas e socioculturais, mas também à perda da janela de oportunidade, deixando de aproveitar um tempo mais que oportuno e sensível para se detectar, encaminhar e trabalhar possíveis problemas ou perturbações ligadas ao vínculo mãe-bebê. Esse momento ouro é aquele compreendido entre último trimestre de gestação e os primeiros dias após o nascimento do bebê. A ideia é aproveitar e investir no estímulo ao vínculo justamente no momento que podemos ter maior acesso às gestantes, nos últimos meses de gravidez.

Entende-se também que o pouco estímulo ao uso da CSC, nesse período, tanto como causa quanto como consequência, leva a um caminho de desvalorização desta, não só como um documento de orientação, acompanhamento e vigilância, mas também como um instrumento de observação sensível do crescimento e desenvolvimento da criança.

A aposta de trabalhar a partir de uma abordagem grupal, na modalidade Roda de Conversa visa proporcionar um espaço de ressonância, de confiança e de troca de experiências e trabalhar temas relacionados ao vínculo, cuidado, auto estima, reconhecimento, cooperação, solidariedade, confiança, afeto, escuta e construção de conhecimento.

#### 4.5 Plano de Ação



## PLANO DE AÇÃO

### Ação Estratégica 2: Apresentar e pactuar proposta junto aos profissionais do ambulatório da ME para a criação de práticas educativas voltadas para a promoção de saúde emocional

Operação 2	Dificuldades	Facilidades	Recurso				Cronograma	Responsável	Avaliação	Monitoramento
			Financeiros	Organizativo	Poder	Materiais				
Sensibilizar esses profissionais para importância do estímulo ao vínculo mãe-bebê e do trabalho em grupo. Apresentar Projeto e construir espaço institucional para rotina do grupo.	Sensibilizar e conseguir a cooperação dos profissionais	Disponibilidade e boa aceitação do Projeto pelo Coordenador do ambulatório	Financeiros Próprio da pesquisadora	Organizativo Reuniões com orientador e com o coordenador do ambulatório	Poder Coordenação do ambulatório	Materiais Institucional	Fevereiro/Março 2016	Pesquisadora e Orientadora	Tem havido disponibilidade dos profissionais para o diálogo.	

## PLANO DE AÇÃO

### Ação Estratégica 3: Organizar os grupos de gestantes que se encontram no último trimestre para as Rodas de Conversa

Operação 1	Dificuldades	Facilidades	Recurso				Cronograma	Responsável	Avaliação	Monitoramento
			Financeiros	Organizativo	Poder	Materiais				
Abrir as gestantes para apresentar proposta. Esboçar Idéia inicial e o objetivo da pesquisa. Apresentar do Termo de Consentimento entrevista semi dirigida	Disponibilidade das gestantes de participar	As gestantes estarem aguardando consulta na sala de espera. As Rodas de Conversa acontecerão nos dias em que as consultas serão agendadas	Financeiros Próprio da pesquisadora	Organizativo Reuniões com orientador e com o coordenador e profissionais do ambulatório	Poder Pesquisadora, Orientadora e Coordenação do ambulatório	Materiais Institucionais	A partir de Junho 2016	Pesquisadora e Orientadora	A maioria das gestantes tem mostrado interesse	As gestantes comparecerem aos encontros

## PLANO DE AÇÃO

### Ação Estratégica 3: Organizar os grupos de gestantes que se encontram no último trimestre para as Rodas de Conversa

Operação 2	Dificuldades	Facilidades	Recurso				Cronograma	Responsável	Avaliação	Monitoramento
			Financeiros	Organizativo	Poder	Materiais				
Definir dia e hora para início das Rodas de Conversa	Definir o dia e o horário de acordo com as consultas das gestantes	Consultas pré-agendadas	Financeiros Próprio da pesquisadora	Organizativo	Poder Pesquisadora	Materiais Institucional	Junho 2016	Pesquisadora e Orientadora	Reunião e discussão com os profissionais do ambulatório	Horário e sala reservados para as Rodas de Conversa

## PLANO DE AÇÃO

### Ação Estratégica 4: Aplicar a metodologia escolhida – estratégia das Rodas de Conversa com as gestantes

Operação 1	Dificuldades	Facilidades	Recurso				Cronograma	Responsável	Avaliação	Monitoramento
			Financeiros	Organizativo	Poder	Materiais				
Realizar o encontro apresentação dos participantes, cartografar o perfil da pesquisa para o vínculo: expectativas Encerramento e apresentação da CSC	Comparcimento de todas as gestantes agendadas e só do mesmo dia para atendimento médico	As gestantes estarem agendadas para o mesmo dia.	Financeiros Próprio da pesquisadora	Organizativo Reuniões com orientador e com o coordenador e profissionais do ambulatório	Poder Coordenação do ambulatório	Materiais Institucional	Julho 2016	Pesquisadora e Orientadora	Reunião e discussão sobre o encontro	Participação das gestantes

PLANO DE AÇÃO										
Ação Estratégica 4: Aplicar a metodologia escolhida – estratégia das Rodas de Conversa com as gestantes										
Operação 2	Dificuldades	Facilidades	Recurso				Cronograma	Responsável	Avaliação	Monitoramento
2º e demais encontros apresentados aos participantes	As gestantes são chamadas para o atendimento com o médico,	As gestantes estão agendadas para o mesmo dia.	Financeiros Próprio da pesquisadora	Organizativos Reuniões com orientador e com o coordenador e profissionais do ambulatório	Poder Coordenação do ambulatório	Materiais Institucionais	Julho 2016	Pesquisadora e Orientadora	Reunião e discussão sobre o encontro	Participação das gestantes, Retorno das gestantes
Cartografar a realidade psíquica para o vínculo: expectativa e Encerramento e apresentação da CSC										

## 5. Resultados Esperados

- Estabelecer como rotina do ambulatório o espaço institucional para as Rodas de Conversa.
- Possibilitar que a Roda de Conversa seja um espaço para a detecção de possíveis patologias do vínculo.
- Estimular o uso da CSC, importante documento para o acompanhamento do desenvolvimento integral infantil.
- Sensibilizar a gestante e/ou o casal parental para a importância de seu protagonismo no desenvolvimento integral saudável de seu filho.

## 6. Justificativa

Esta pesquisa é parte integrante do projeto **Rodas de Cuidado: tecnologia relacional em perinatologia para a promoção de saúde integral, estimulando o desenvolvimento infantil saudável**. (CAAE nº 54746716.3.0000.5275) e atende a objetivos específicos do mesmo.

A Maternidade Escola (ME) é lugar privilegiado para o desenvolvimento de uma mentalidade em torno da ética do cuidado. No que diz respeito à pesquisa, a transmissão desse cuidado se expressa tanto no olhar voltado para o estímulo ao vínculo mãe-bebê, quanto na estratégia escolhida para desenvolver o projeto.

Inserido na área de atenção integral à saúde materno-infantil, esse projeto utiliza a metodologia das Rodas de Conversa, com o objetivo de promoção de saúde emocional através do fomento ao vínculo mãe-bebê. Essa estratégia tem como base não a transmissão de conteúdo, mas sim o incentivo de resgatar em cada participante seu potencial de cuidar e se deixar cuidar.

A Roda de Conversa é uma modalidade que se apresenta como um espaço democrático e afetivo de aprendizagem, em que “os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo” (FREIRE,1970 p.79). Estando em roda, o cuidado se desdobra a partir de uma experiência coletiva e cooperativa das gestantes em torno das ansiedades próprias a esse período gestacional em que as preocupações com o bebê que está por nascer tomam o primeiro plano..

A Caderneta de Saúde da Criança será utilizada como instrumento material para viabilizar as trocas relacionais nas Rodas de Conversa, visando sensibilizar e estimular as mães para o uso da mesma como norteador de observação e acompanhamento do desenvolvimento da criança, incluindo, como aspecto importante para um crescimento saudável, o desenvolvimento emocional.

## 7. Cronograma

2015	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Pesquisa bibliográfica exploratória	x	x	x									
Leitura e fichamento do material bibliográfico		x	x	x	x	x	x	x				
Contato com os profissionais da instituição para apresentação da proposta intervenção									x	x		
Reconhecimento do campo para seleção da amostra										x	x	
Construção e ajuste do instrumento para coleta de dados											x	x
Construção de 3 artigos para Revista CEBES							x	x	x	x	x	x

2016	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Contato com os profissionais para organização das Rodas		x	x	x								
Construção, ajuste e apresentação do Projeto de Pesquisa para qualificação	x	x	x	x								
Publicação do artigo na Revista CEBES		x										
Primeiro contato com as gestantes para convite de participação					x							
Rodas de Conversa					x	x	x	x				
2º Publicação na Revista CEBES					x							
Relatórios parciais de pesquisa bibliográfica em formato de artigo						x	x	x	x			
Análise do material coletado: transcrição das entrevistas, análise de conteúdo por temas identificados							x	x	x	x	x	
Produção de artigo com resultados da pesquisa								x	x	x	x	x

#### 8. Bibliografia

ALVES, Rubem. Escutatório

Fonte: <http://rubemalves.locaweb.com.br/hall/wwpct3/newfiles/escutatoria.php>

AYRES, J. R. O Cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. In Saúde e Sociedade. V. 13. N3. Pg 16 – 29. Dez. 2004

BARROS, R.B. Grupo: A Afirmação de um Simulacro. Porto Alegre: Ed UFRGS e Ed Meridional, 2009.

BOLBWY, J. Formação e Rompimento dos Laços Afetivos. São Paulo: Martins Fontes. 2006.

BOFF, L. Saber Cuidar. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005

- CAMPOS, G.V.S. Saúde Paidéia. SP HUCITEC, 2007
- FREIRE, P. Educação e Mudança. Rio de Janeiro: Ed Paz e Terra, 1979.
- MALDONADO, M.T.P. Psicologia da Gravidez. Petrópolis, RJ: Ed Vozes 1976
- MERQUIOR, M.C.N. Converso, Logo Existo: Reflexões sobre a Conversa como Instrumento de Humanização da Saúde. In Maia, M.S.(org) Por uma Ética do Cuidado. Rio de Janeiro: FAPERJ, Garamond. 2009.
- Ministério da Saúde- Caderneta de Saúde da Criança. Brasília, DF: 2011 7º Ed
- MOURA, A. F. e LIMA, M.G. A Reinvenção da Roda: Roda de Conversa: Um Instrumento Metodológico Possível. In Revista Temas em Educação, João Pessoa, PB.Vol.23, nº1 p.98106, Jan-Jun 2014
- RIVERA, F.J.U. e ARTMANN, E. Planejamento e Gestão em Saúde: Conceitos, história e propostas. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2014
- SANTOS, B.S. Um Discurso sobre as Ciências. São Paulo: Cortez Ed. 2010 7º Ed
- WINNICOTT, D.W. A Preocupação Materna Primária (1956) In. Da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1988 3º Edição
- \_\_\_\_\_. (1965) A Criança e o seu Mundo. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 1982.
- \_\_\_\_\_. (1969) A Experiência mãe-bebê de Mutualidade.

## APÊNDICE D – Artigo Original

26 ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

# Amamentação: primeira experiência de comunicação

*Breastfeeding: first experience of communication*

Selma Eschenazi do Rosario<sup>1</sup>, Luciana Bettini Pitombo<sup>2</sup>, Jane Gonçalves Pessanha Nogueira<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Psicóloga e psicanalista. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Consultora para desenvolvimento infantil e formação de grupos e tutora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). [selmarosario@hotmail.com](mailto:selmarosario@hotmail.com)

<sup>2</sup> Psicóloga e psicanalista. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Consultora para desenvolvimento infantil e formação de grupos e tutora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). [lupitombo@yahoo.com.br](mailto:lupitombo@yahoo.com.br)

<sup>3</sup> Psicóloga e Psicanalista. Mestranda em perinatologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Consultora para desenvolvimento infantil e formação de grupos e tutora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). [ebbsjane@gmail.com](mailto:ebbsjane@gmail.com)

**RESUMO** Este artigo é a versão escrita das ideias trabalhadas na oficina ‘O desenvolvimento emocional do bebê e sua relação com o processo de amamentação’ voltada para um grupo de profissionais da área de saúde. Nela, tomamos como premissa discutir sobre a importância da experiência de amamentação do ponto de vista do desenvolvimento emocional do bebê, procurando demonstrar que esse momento vai além dos aspectos ligados à nutrição e ao desenvolvimento fisiológico do infante. A constituição da subjetividade se funda primordialmente em uma matriz relacional encarnada na díade mãe-bebê, e a amamentação faz parte desse processo. A amamentação é um elemento essencial na composição do ambiente favorável ao desenvolvimento saudável de uma criança.

**PALAVRAS-CHAVE** Aleitamento materno; Desenvolvimento infantil; Promoção da saúde; Relação mãe-filho; Apego ao objeto.

**ABSTRACT** *This article is the written version of the ideas developed in the workshop ‘O desenvolvimento emocional do bebê e sua relação com o processo de amamentação’ focused on a group of health professionals. In it, we take as a premise to discuss the importance of the experience of breastfeeding from the point of view of the emotional development of the baby, trying to demonstrate that such moment goes beyond the aspects concerning the nutrition and physiological development of the infant. The constitution of subjectivity is based primarily on a relational matrix embodied in the mother-infant dyad, and breastfeeding is a part of that process. Breastfeeding is an essential element in the composition of the facilitating environment to the healthy development of a child.*

**KEYWORDS** *Breast feeding; Child development; Health promotion; Mother-Child relation; Object attachment.*

## Introdução

Este manuscrito é a versão em texto das reflexões desenvolvidas na oficina 'O desenvolvimento emocional do bebê e sua relação como processo de amamentação'. O evento foi parte do processo de formação da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) voltado para os consultores estaduais da Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde (CGSCAM/MS) nos 27 estados brasileiros e no Distrito Federal<sup>1</sup>. Nessa atividade, abordou-se a importância da experiência da amamentação do ponto de vista do desenvolvimento emocional do bebê, procurando demonstrar que o momento da amamentação vai além dos aspectos ligados à nutrição e ao desenvolvimento fisiológico do infante.

Compartilhar essa temática com profissionais ligados à gestão amplia a compreensão do que está em jogo quando o que se pretende é o desenvolvimento de boas práticas no âmbito da amamentação e do cuidado com a criança. Criar um ambiente favorável para esse momento implica acolher o bebê e sua mãe, com todas as dificuldades e variações surgidas durante o ato de amamentar. A singularidade e a imprevisibilidade inerentes a qualquer encontro intersubjetivo precisam ser incluídas e acompanhadas, dialogando com as eventuais prescrições instituídas em dado sistema ou serviço de saúde. Contar com conhecimento oriundo do campo dos estudos sobre o desenvolvimento emocional infantil instrumentaliza as equipes para um manejo mais sensível desse processo. A constituição da subjetividade se funda primordialmente em uma matriz relacional encarnada na díade mãe-bebê, e a amamentação faz parte desse processo. A amamentação é um elemento essencial na composição de um ambiente que favoreça o desenvolvimento saudável de uma

criança.

## Momentos iniciais

Todos nós sabemos que quando um bebê vem ao mundo, o que ele mais precisa é encontrar um ambiente hospitaleiro. É preciso que essa recepção ocorra sobre uma base segura, que pode ser descrita pelo modo como ele é amparado e acolhido no próprio ato do nascimento.

Segundo o pediatra e psicanalista D. W. Winnicott, a ideia de sustentação envolve o modo como o bebê é segurado, de maneira confiável e acolhedora, por quem o recebe e dele cuida desde os primeiros minutos da vida (WINNICOTT, 1996). Essas serão as primeiras marcas, os primeiros registros de uma vida psíquica que ora se inicia, já que o bebê é totalmente dependente do outro para que o seu desenvolvimento ocorra de modo promissor.

Para o bebê, o ato do nascimento é importante porque nesse momento ocorre uma mudança expressiva, uma experiência radical de passagem de um estado ambiental para outro. Até então, ele se desenvolveu e habitou o útero materno, vivia envolto pela placenta, banhado pelo líquido amniótico, respirando e se nutrindo através do cordão umbilical que o ligava irremediavelmente à sua mãe. A partir do seu nascimento, é necessário que se situe espacialmente, de um outro modo que se adapte a um ambiente diferente daquele em que estava envolto, precisando não só respirar por ele mesmo como também se comunicar pelo choro, para demonstrar o seu incômodo e ser atendido em suas necessidades.

Existem duas situações inéditas com as quais o recém-nascido tem que lidar logo após o nascimento: o início da respiração e a primeira experiência com a ação da gravidade que ainda não havia entrado em cena na vida intrauterina. Dentro do útero materno, o bebê estava habituado a ser contido em todo o seu redor, e após o nascimento a configuração ambiental é totalmente modificada. Essa mudança relacionada à gravidade pode

<sup>1</sup> Esse evento foi realizado em Brasília em maio de 2013 (PITOMBO; MAIA; ROSARIO, 2014).

interferir na sensação espacial que tem o bebê. Por isso a importância decisiva do gesto de sustentar o bebê, que Winnicott (1996) considera mais do que um mero gesto. Esse autor o define como uma função relevante ao desenvolvimento afetivo. Trata-se da função *holding*, que ele descreve assim: segurar com os braços e envolvê-lo com o calor de seu corpo, por todos os lados, de modo a aproximá-lo da situação ambiental em que vivia anteriormente. Do ponto de vista afetivo, isso significa que: se antes o bebê era envolto em um tipo de experiência em que era “amado [cuidado] por todos os lados”, a alteração dessa condição passa a ser a de que “é amado [cuidado] de baixo para cima” (WINNICOTT, 1996, P. 53). Por essa razão, o cuidado materno de segurar o bebê fisicamente e acolhe-lo em seus braços é considerável, e isso deveria valer também para os profissionais que o recebem no momento do parto. Vale ressaltar que essa sustentação não é apenas de caráter físico, tendo também uma função constitutiva, ou seja contribui para a formação da subjetividade.

Passar por uma mudança dessa natureza requer do bebê uma adaptação que está longe de ser trivial e de caráter apenas fisiológico. Há um grau de exigência para que ele processe essa adaptação, mas sozinho não conseguiria. Nesse momento, é absoluta a dependência da provisão ambiental, sendo necessário que alguém se coloque à sua disposição. Ou seja, é o ambiente que precisa se adaptar ao bebê e, na maioria das vezes, ele coincide com os cuidados maternos. O ambiente, nos primórdios, é a mãe.

### A maternidade e o contexto ambiental

A partir do final da gravidez, a gestante costuma desenvolver uma qualidade que a faz envolver-se intensamente com a questão da maternidade, estando inteiramente dedicada a essa experiência. Essa condição é chamada por Winnicott de “preocupação

materna primária” (2000B, P. 399) e perdura por algum tempo após o nascimento do bebê. Nesse estado, ela é capaz de compreender as necessidades de seu bebê sem que haja uma experiência prévia ou instrução de alguém. Essa condição faz com que a mãe esteja atenta e sensível. Há uma especial disponibilidade que a habilita a dar a adequada resposta às demandas que lhe são dirigidas. A mãe fica em permanente estado de alerta, com os sentidos apurados que a fazem perceber qualquer reação do bebê. Esse é um estado passageiro de total devoção. Muitas mulheres, por temerem não retornar à sua condição anterior, não conseguem experimentar essa intensa identificação com bebê, um processo que tem como referencial as memórias de sua própria maternagem, quando ela nasceu (DAVIS; WALLBRIDGE, 1982). Quando acontece um impasse dessa natureza, isso exige especial cuidado e atenção dos familiares e profissionais que a acompanham, para que o sofrimento e os possíveis danos, para ambos, sejam minimizados. Um acolhimento que se faz necessário para que a mãe possa exercer a função materna de modo favorável ao vínculo em construção.

Quando essa recepção primeira se dá de modo cuidadoso, o que o bebê experimenta é registrado como a continuidade do viver. Temos aqui a ideia de uma ‘linha de existência da vida’ que se iniciou no espaço intrauterino e que por ocasião do nascimento não sofreu nenhuma interrupção brusca. É inevitável que alguma descontinuidade exista e que o bebê leve algum tempo para recuperar o sentimento de continuidade, que só pode ser resgatado desde que as condições de cuidado favoreçam a esse processo. Isso pode ser feito, por exemplo, pelo imediato contato pele a pele logo após o parto, quando ele é colocado sobre o corpo da mãe, próximo ao seio e sendo envolto pelos seus braços. Esse seria um modo de promover a recuperação dessa continuidade, levando o bebê a experimentar um estado de quietude, ficando ali, meio que embalado pelo corpo materno para que tenha tempo de se recuperar e de se preparar para buscar o

alimento (DIAS, 2003).

A importância do contexto ambiental que envolve a experiência do nascimento de uma criança vai além da atenção e cuidado dos seus pais e familiares, sendo relevante também que a equipe de profissionais envolvida nesse instante crucial da vida seja consciente e sensível quanto aos cuidados oferecidos, que devem ser providos tanto quanto as competências técnicas. O mundo é apresentado aos poucos ao bebê pela sua mãe ou por alguém no exercício dessa função. Alguém que encarna o ambiente, que pode ser ou não provedor. Se a provisão ambiental ocorre a contento, temos aí o que Winnicott chamou de “ambiente facilitador” (1979, p. 43).

Este ambiente, que se institui em torno do nascimento de um bebê, foi valorado por Winnicott como um ambiente potencialmente facilitador. Para o bebê, no início o ambiente é subjetivo, ou seja, não é exclusivamente externo ou interno, sendo um e outro ao mesmo tempo. O sentido de externalidade ainda está por vir, e “só então o ambiente será visto como externo e, mesmo assim, não inteiramente e nem sempre” (DIAS, 2003, p. 67).

## A base do relacionamento humano

Segundo Winnicott, um recém-nascido nunca pode ser compreendido isoladamente porque sempre se trata de um bebê e sua mãe. O seu nascimento psíquico é de cunho relacional, sendo o contato com o ambiente algo sempre da ordem do encontro (ROSARIO, 2007). Como o bebê em seus primeiros momentos de vida extrauterina é muito suscetível aos estímulos externos (condições de tato, temperatura, luminosidade etc.), é desse contato inicial que ele se ‘nutre’, por isso a necessidade do exercício da função materna para que ele possa se desenvolver de modo saudável. A construção desse vínculo envolve a confiança que a mãe vai transmitindo ao filho pela interação que estabelece com ele. O que entra em cena é

o pronto atendimento às suas necessidades (cuidados profiláticos). Isso envolve também o modo de se comunicar com ele através do olhar, das entonações de voz, dos códigos de linguagem estabelecidos (‘manhês’<sup>2</sup>); dos seus gestos e do modo como brinca com ele. O que está em jogo é uma comunicação mais sutil, que faz com que a mãe entre em sintonia com o seu bebê, adaptando-se a ele e levando em consideração os seus ritmos, grunhidos de desconforto, primeiros sorrisos etc.

Vale reafirmar que o desenvolvimento psíquico do bebê é um fenômeno complexo que inclui o seu potencial (tendências herdadas) e mais o que ele recebe e experimenta da provisão ambiental. O modo como ele processa e elabora essa experiência importa porque se trata do uso que ele faz das vivências de trocas com a mãe, seu ambiente primordial. Desde o início, o aspecto relacional entra em cena, pois se trata de alguém que ao oferecer suporte físico e afetivo ao bebê, estabelece com ele uma comunicação a partir do próprio corpo, especialmente durante a amamentação. Esse é um tipo de cuidado que possibilita, minimamente, manter o fluxo de continuidade de sua existência para que ele possa “seguir sendo”, sentir que existe (WINNICOTT, 1999, p. 41).

Nesse processo, o bebê vai alternando experiências de atividade e repouso. Quando acorda e tem fome, está mais excitado. Após a amamentação, se está saciado, costuma aquietar-se e dormir. Conforme avança gradativamente em seu desenvolvimento, vai acumulando lembranças dessas experiências significativas e expandindo, pouco a pouco, a sua interação com a realidade que o cerca.

## Amamentação: experiência para o desenvolvimento afetivo do bebê

Ao abordar o tema da amamentação, Winnicott é enfático quanto ao aspecto relacional lembrando que é uma experiência que

<sup>2</sup> ‘Manhês’ é um termo usado para descrever a conversa feita em código entre uma mãe e seu bebê. Ela repete os sons feitos pelo bebê, como se estivessem falando em um dialeto peculiar aos dois.

se aprimora a partir da primeira mamada, em que o bebê vai aprendendo pelo acúmulo de vivências que darão a ele uma memória dessas experiências. No que tange o desenvolvimento emocional, a amamentação é a situação privilegiada em que começam a se estabelecer os primeiros relacionamentos com a realidade externa. O mais importante, aqui, é a qualidade do contato humano que tem como matriz a comunicação peculiar entre mãe e bebê, que é um aprendizado de troca e mutualidade.

O ato de amamentar é ao mesmo tempo uma experiência bem simples e complexa, e embora possamos fazer considerações genéricas a respeito de orientações que facilitam essa experiência, do ponto de vista afetivo, temos que considerar: a singularidade de cada caso, os costumes familiares, as crenças e fantasias, que interferem no modo como essa experiência acontece.

Entretanto, a delicadeza desses primeiros encontros nem sempre é compreendida. Muitos que estão ao redor, apesar das boas intenções, acabam agindo imperativamente a favor de determinado padrão de funcionamento, insistindo em uma aderência imediata aos ensinamentos protocolares. São pessoas decididas a fazer o bebê mamar no peito a todo o custo e não se dão conta de que é preciso orientar, mas sem forçar. Por exemplo, “pegam o bebê embrulhado no cueiro, com as mãos presas e empurram o seio materno boca adentro”, provocando, assim, a reatividade de ambos que pode levar à inibição, sem dar a chance à dupla mãe-bebê de encontrar o seu melhor modo de interagir. Na esfera do desenvolvimento emocional, isso significa impedir que o bebê já participe ativamente desse momento para que seja, ele mesmo, o criador do objeto que precisa ser encontrado — o seio (WINNICOTT APUD DIAS, 2003, P.181).

### **A construção do vínculo e a importância do ambiente**

O processo da amamentação é uma questão

de vínculo que vai sendo instituído e que vai abrindo caminho para o acúmulo de experiências que podem ser bem ou malsucedidas. A relação de interdependência entre os fatores físicos e emocionais pode interferir na alimentação do bebê e também na relação entre ambos que está em processo de construção.

Se as primeiras mamadas ocorrem com incentivos, respeitando-se os ritmos e tempos próprios de cada dupla, a amamentação pode ser vista como um momento de descoberta, de criação e, sem dúvida, de fortalecimento de vínculo. A mãe que se adapta às necessidades do bebê pode compreender que às vezes “é mais importante respeitar a recusa do bebe de mamar do que forçá-lo, por disciplina ou por temor da desnutrição” (DIAS, 2003, P.182).

Todos os sentidos corporais do bebê estão ativados nesse momento: visão, audição, olfato, gustação e tato. A cada mamada, há um mundo de sensações que ele experimenta gradativamente, com certa constância. É isso que faz com que ele vá acumulando em sua memória afetiva o que experimentou. Nesse momento, para ele, essa constância é valiosa, porque são experiências constitutivas de sua subjetividade. Algo que se repete habitualmente e, embora muito parecidas, são sempre diferentes, pois cada mamada é única.

Quando dizemos que a amamentação é marcada por um ritmo determinado, não se trata do número de mamadas e do tempo de intervalo entre elas, mas do modo como cada bebê imprime um ritmo, marcado pela sua frequência respiratória e também pela sua interação com o ambiente. Uma vivência que pode ocorrer em clima de tranquilidade, de aceleração, de turbulência, de tristeza etc. Há situações em que a experiência se dá de maneira muito complicada, pois temos que considerar que estão aí envolvidas e ativadas as marcas trazidas pela mãe de sua própria vivência enquanto bebê. Tudo isso compõe um manancial de experiências que irão influenciar a constituição existencial no que refere tanto aos aspectos físicos quanto aos

psíquicos.

O bebê vem ao colo, a mãe o segura de modo que ele e ela estejam em uma posição de conforto. O bebê acha o mamilo, ele olha para a mãe, coloca sua mãozinha no seio, sente o cheiro do corpo da mãe, suga e sente o calor e o sabor do leite. Escuta os ruídos ao seu redor e também aqueles que ele produz com a sua sucção. Pelo fato de estar muito próximo ao corpo materno, escuta também os ruídos que dele emanam. Corpo que ele ainda não reconhece como totalmente separado do seu, ou seja, ainda o sente como sendo a continuidade de seu próprio corpo. Em dados momentos, ele faz pequenas pausas para respirar melhor e aproveita para examinar o rosto materno. Nesses momentos se reconhece no rosto da mãe, que funciona para ele como uma espécie de espelho. Por isso a importância do bem-estar materno nesse momento. Se a mãe está muito angustiada, ela transmite essa angústia ao filho, mas se ela está experimentando uma relação de mutualidade com seu filho, é capaz de estabelecer com ele uma parceria, mesmo que de modo assimétrico. Essa assimetria se dá porque o bebê ainda não tem uma experiência progressiva da qual ele possa lançar mão tal como a mãe, que já foi bebê algum dia e por isso mesmo traz uma bagagem registrada em sua memória afetiva, ainda que inconscientemente.

Nem sempre essa experiência tem a garantia de acerto. Uma mãe muito ansiosa, por exemplo, pode até, involuntariamente, parar de produzir o leite se o bebê demonstra dificuldades para 'pegar o peito' por algum motivo (quando sente cólica ou respira mal por conta de uma gripe, por exemplo), a mãe pode fantasiar a respeito dessa recusa, sentindo-se incapaz de lidar com a questão e até mesmo achar que não consegue produzir um leite de qualidade e em quantidade suficiente para alimentar o seu filho.

Quando a mãe não pode experimentar esse estado de entrega, o que ela reflete é o

seu próprio humor e suas próprias defesas. Winnicott (1971, p. 154-155) diz que o olhar da mãe, nesses momentos, reflete o bebê, a fim de que ele "se reconheça" nesse olhar. Se o bebê não encontra a si mesmo no olhar materno, isso pode ter consequências que atrapalhem o seu desenvolvimento. Haverá dificuldade para que o bebê possa construir a imagem de si mesmo.

A mãe é o ente primordial das ações de saúde (TEMPORÃO; PENELLO, 2010), por isso a importância de ela poder contar com um ambiente acolhedor que lhe dê um suporte, físico e emocional, para que possa compartilhar não apenas as suas alegrias, mas também seus medos, inseguranças e dúvidas. Se ela pode contar com esse tipo de provisão, terá suficiente reserva afetiva para lidar com os inesperados dessa relação. Poder ser assistida pelo seu companheiro e pai do bebê ou algum familiar, enfim, alguém que cuide e lhe ofereça esse suporte, é algo valioso, pois, sentindo-se amparada e acolhida, ela ficará disponível para dedicar-se ao bebê e também descansar nos intervalos das mamadas, por exemplo, pois alguém em que ela confia estará em seu lugar.

Durante a amamentação, quando mãe e filho "chegam a um acordo na situação de alimentação, estão lançadas as bases de um relacionamento humano" (WINNICOTT, 1996, p. 55). É a partir disso que se estabelece o padrão de capacidade da criança de relacionar-se com os objetos e com o mundo. Isso só acontecerá posteriormente quando o bebê estiver em condições de se reconhecer como uma pessoa inteira, pois o relacionamento interpessoal sugere que seja entre pessoas que já se percebem como unitárias.

O trabalho dos cuidadores nesse momento é de extrema importância, por valorizar a delicadeza dessa experiência. Não é interferir naquilo que a mãe sabe fazer melhor do que ninguém, ainda que fragilizada, pois, mesmo necessitando de apoio, é dela a tarefa de iniciar a relação com o seu bebê. O

profissional cuidadoso não criará expectativas imperativas de sucessos e nem temerá fracassos (DIAS, 2003), ele saberá aguardar, estando mais em posição de presença reservada, no aguardo de solicitação de auxílio.

### Da amamentação ao desmame

Quando a amamentação se inicia, já há uma semente para a experiência do desmame que ocorrerá oportunamente. Do mesmo modo que a amamentação favorece a criação de vínculo devido à adaptação inicial da mãe às necessidades do bebê, gradativamente um processo de desmame irá acontecendo simultaneamente. A mãe é aquela que institui o primeiro relacionamento significativo para o filho, mas também é a pessoa que irá possibilitar a expansão do contato e da experiência do bebê com o ambiente que o cerca. O vínculo com a mãe permanece, mas é ela que estimula a entrada de terceiros nesse relacionamento, a começar pelo pai. Mesmo que o pai esteja presente desde o início e já participando dos cuidados, nesse momento a função materna ainda predomina. Aos poucos o cenário começa a mudar, e a presença do pai e de familiares próximos vai sendo percebida pela criança que começa a ampliar o seu campo relacional.

A base para o desmame é uma boa experiência de amamentação (WINNICOTT, 1996), e quando é o próprio bebê que promove o autodesmame, esse gesto deve ser aceito como ganho de autonomia. Geralmente, o desejo de desmamar acaba partindo da mãe, que vai promovendo o espaçamento das mamadas e permitindo apenas a mamada noturna, após um dia inteiro de desmame. Com o seu olhar apurado, a mãe percebe que a criança já pode suportar um tempo cada vez maior sem a alimentação desse tipo, e então vai estimulando o processo de mudança alimentar. Pode-se dizer que a ampliação do contato

com a realidade e o desenvolvimento da linguagem ajudam a ação do desmame, sendo o seio “substituído pela voz, pela palavra e pelo olhar” (QUEIROZ, 2013).

Além disso, em decorrência de um processo de maturação, a criança vai conquistando uma postura mais ereta, sustenta sozinha a cabeça no tronco, inicia-se a dentição e com isso há a introdução de outro tipo de alimentação. Essas mudanças costumam coincidir com o início da verbalização, feita ainda por ‘balbucios e grunhidos’, mas já surgindo os primeiros fonemas. A comunicação que era não verbal avança para a aquisição da linguagem, e isso favorece a expansão do contato com a ambiência externa que vai sendo apreendida pelo bebê. Com essa evolução, há uma gradativa conquista do sentido unitário de ser, pois ele começa a perceber que é alguém distinto de sua mãe, embora permaneça ligado a ela por estreitos laços afetivos.

Existe um percurso pela frente até que chegue o momento em que ele poderá se reconhecer como alguém separado de sua mãe. O bebê começa a experimentar um processo de diferenciação e vai integrando aquilo que vivencia. Segundo Winnicott, essa integração acontece assim:

pedaços da técnica do cuidar, de rostos vistos e sons ouvidos e cheiros cheirados são apenas gradualmente reunidos e transformados num único ser que será chamado mãe. (2000A, P. 224).

Esse processo faz com que o bebê, a partir de dado momento, reconheça-se como um sujeito distinto da figura materna, com uma imagem corporal própria. Isso fica muito claro quando a criança já pode se referir, ao falar de si mesma, pela palavra ‘eu’ e não mais como ‘ele(a)’. Esse momento costuma coincidir com um avanço no processo de interação dela com o mundo que a cerca. A comunicação com os demais seres que a cercam se expande.

O tempo adequado ao desmame é subjetivo, pois depende muito da relação estabelecida entre a mãe e o bebê, mas também de fatores externos que podem interferir ocasionando o desmame, às vezes precocemente, ou se estendendo em demasia. Por exemplo, uma mãe que adoecesse ou engravidasse e precisasse ou resolvesse suspender a amamentação. A própria criança também pode adoecer e pode recusar a alimentação. Se for possível evitar, é importante que esse momento do desmame não coincida com alguma intercorrência ou com um afastamento materno de fato, tal como o retorno da mãe ao trabalho ou a ida da criança para a escola.

De modo geral, a criança sinaliza que já está apta a lidar com a situação de desmame, e a sensibilidade materna percebe qual é a melhor hora para que isso aconteça. Para Winnicott (1982), um sinalizador de que a criança está pronta para esse desapego é quando começa a brincar de deixar cair os objetos e esperar que retornem. Nesse momento, ela está fazendo uso da sua capacidade de 'livrar-se das coisas', ou seja, aprendendo a elaborar ludicamente o processo de afastamento temporário de sua mãe.

Em suma, a linguagem se desenvolve, a criança passa a se interessar por outros alimentos, por outras pessoas, por outros objetos. Já está, então, em condições de interagir com o mundo como alguém que se reconhece como sujeito interdependente.

### **Sobre a importância do tema**

A amamentação é um acontecimento crucial na vida de todos, e a relevância desse momento vai muito além do seu caráter biológico, com todas as implicações nutricionais determinantes para o bom crescimento da criança. Tudo o que ocorre nessa experiência representa 'material' para a construção da personalidade. Por esse motivo, é importante

que a mãe esteja dedicada a interagir com seu filho, envolvida e oferecendo-lhe as melhores condições para que ele possa armazenar essas vivências em sua memória afetiva. São experiências que irão influenciar o seu modo de ser ao longo da vida e na interação com o outro. Da mesma forma, é importante que aqueles que se dedicam aos cuidados da dupla mãe-bebê — pai, familiares e profissionais de saúde — estejam atentos aos aspectos afetivos presentes na comunicação da mãe com seu bebê, durante a amamentação, para que possam oferecer o devido cuidado e acolhimento quando necessário.

Geralmente, os protocolos voltados para a amamentação enfatizam os aspectos físicos e técnicos aí implicados, que são extremamente importantes, mas não suficientes. Nesse contexto, qual seria a relevância das reflexões desenvolvidas até aqui para os gestores da área de saúde? Ao incluir no processo de formação dos consultores de saúde da criança o tema da amamentação e sua importância para os aspectos afetivos implicados na constituição da subjetividade, o objetivo foi ampliar a compreensão sobre a riqueza do ato de amamentar, que envolve o encontro inicial do bebê com o mundo. Como já foi dito, isso se dá na relação com sua mãe, uma relação que não vem pronta e que vai sendo construída gradativamente.

Esse é o alicerce do relacionamento humano que, ao ser iniciado em ambiente facilitador, possivelmente conduzirá à formação de um ser humano em condições mais favoráveis para lidar com a vida de modo resolutivo, ao mesmo tempo em que valoriza a convivência com os demais. Estaremos diante de alguém que recebeu amor, foi cuidado e nutrido não apenas para atender às suas necessidades iniciais para sua sobrevivência, mas também para interagir com o mundo com autonomia e criatividade. Como vimos, a arte de bem amamentar pode contribuir significativamente não só para a formação de um ser humano mais amoroso

como também para construção da cidadania.

## Colaboradores

Todos os autores foram responsáveis pela

concepção do artigo, pela busca bibliográfica e pela descrição das experiências em seus territórios. Selma Eschenazi do Rosario redigiu a primeira versão, e todos os autores contribuíram na versão submetida, aprovando a versão final. ■

## Referências

- DAVIS, M.; WALLBRIDGE, D. *Limite e espaço: uma introdução à obra de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 1982, p. 45-95.
- DIAS, E. O. *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.
- PITOMBO, L. B.; MAIA, M. S.; ROSARIO, S. E. *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS): formando e transformando no campo da saúde pública*. *Revista Trivium*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2014. Disponível em: <<http://www.uva.br/trivium>>. Acesso em: 26 ago. 2015.
- QUEIROZ, T. C. N. *Analisando o desmame*. Disponível em: <<http://www.profala.com/artpsico98.htm>>. Acesso em: 21 maio 2013.
- ROSARIO, S. E. *Brincar de viver: experimentações entre Winnicott, Deleuze e Guattari*. 2007. 141 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.
- TEMPORÃO, J. G.; PENELLO, L. M. Determinação social da saúde e ambiente emocional facilitador: conceitos e proposição estratégica para uma política pública voltada para a primeira infância. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 85, p. 187-200, abr./jun. 2010.
- WINNICOTT, D. W. O ambiente saudável na infância. In: \_\_\_\_\_. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1996, p. 51-59.
- \_\_\_\_\_. Desenvolvimento emocional primitivo. In: \_\_\_\_\_. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000a, p. 218-232.
- \_\_\_\_\_. O Desmame. In: \_\_\_\_\_. *A criança e o seu mundo*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982, p. 89-94.
- \_\_\_\_\_. A experiência mãe-bebê de mutualidade. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (Org.). *Explorações psicanalíticas: D. W. WINNICOTT*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999, p. 195-202.
- \_\_\_\_\_. O Papel de Espelho da Mãe e da Família no Desenvolvimento Infantil. In: \_\_\_\_\_. *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1971, p. 153-162.
- \_\_\_\_\_. Preocupação Materna Primária. In: \_\_\_\_\_. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000b, p. 399-405.
- \_\_\_\_\_. Sum: eu sou. In: \_\_\_\_\_. *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999, p. 41-54.
- \_\_\_\_\_. Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: \_\_\_\_\_. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1979, p. 38-54.

## APÊNDICE E – Artigo Case Study

86 RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY

### Processo de formação de consultores estaduais: reflexão conceitual e prática sobre a experiência vivida

*Training process of state consultants: conceptual and practical reflections about the experience lived*

Evangelia Kotzias Atherino dos Santos<sup>1</sup>, Jane Gonçalves Pessanha Nogueira<sup>2</sup>

**RESUMO** O presente artigo tem por objetivo relatar a experiência vivida como consultora do Ministério da Saúde – Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, no estado de Santa Catarina e sua capital, no período de 2012 ao início de 2015, dando ênfase às atividades de formação, articulando-as de modo reflexivo às atividades desenvolvidas no território. São apresentadas reflexões, tendo como foco a escuta diferenciada das questões e problemas locais, a condução e mediação de processos grupais, a capacidade de manejo de situações difíceis, a construção de vínculos cooperativos, a ampliação e aprofundamento da compreensão da noção de cuidado, entre outros. A experiência vivida revelou-se rica e significativa na aquisição de novos conhecimentos e habilidades, com impacto positivo no território.

**PALAVRAS-CHAVE** Gestão em saúde; Sistema Único de Saúde; Saúde da criança; Política de saúde.

**ABSTRACT** *The following paper aims to report the experience lived as a consultant of the Ministry of Health – General Coordination of Child Health and Breastfeeding in the state of Santa Catarina and its capital, in the during the period between 2012 and early 2015. The developed activities in the area are connected, in a reflexive way, to the formation of new consultants. Reflections are presented focusing on the alternative view of the issues and local problems, group management, conflict management, creation of cooperative bonds, increasing and deepening of the understanding of the notion of care, among others. The experience has been very rich and significant because of the knowledge and abilities learned with a positive response from the area.*

**KEYWORDS** *Health management; Unified Health System; Child health; Health policy.*

<sup>1</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis (SC), Brasil. Consultora estadual da CGSCAM/MS e colaboradora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para Formulação e Implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no estado de Santa Catarina. gregos@matrix.com.br

<sup>2</sup> Psicóloga e Psicanalista. Mestranda em perinatologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Consultora para desenvolvimento infantil e formação de grupos e tutora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para Formulação e Implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). ebbs.jane@gmail.com

## Introdução

A Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS) foi inicialmente desenvolvida em Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, como uma pesquisa-intervenção, constituindo-se um dos seis municípios selecionados como piloto, nos anos de 2010 e 2011. Tinha como objetivo geral “observar e experimentar estratégias de atenção à saúde da criança capazes de promover ambientes de desenvolvimento saudável” (ZEPEDA, 2013, p. 179). Os principais resultados dessa pesquisa estão documentados na obra de Penello e Lugarinho (2013).

Em um segundo momento, a EBBS se expande e se faz presente em todos os estados brasileiros, suas capitais e Distrito Federal (DF), em parceria com o Ministério da Saúde (MS), por meio da atuação dos consultores do MS – Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM), iniciativa do próprio Ministério em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), constituindo-se esta em uma estratégia prioritária para o fortalecimento das ações direcionadas à atenção integral à saúde da criança nos territórios, a exemplo da estratégia adotada para consolidação das Redes de Atenção à Saúde.

Assim, desde abril de 2012, todos os estados brasileiros e o DF contam com o apoio dos consultores de saúde da criança e aleitamento materno, que têm como objetivo principal contribuir para a formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), além de apoiar as Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde das capitais na implementação de ações de atenção integral à saúde da criança e aleitamento materno, com ênfase na Rede Cegonha. As atividades desenvolvidas têm como foco o tripé: cuidado, gestão e formação. Nesse processo, a EBBS ocupa posição de destaque no que se refere às atividades de formação dos referidos consultores.

Como consultora do MS para o estado de Santa Catarina e capital, iniciei minhas atividades em abril de 2012, a convite da Coordenação Estadual da Saúde da Criança da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e da Coordenação Municipal da Saúde da Criança da cidade de Florianópolis, sendo o meu nome encaminhado e aprovado pela CGSCAM do MS por atender aos critérios exigidos. A escolha dos profissionais para iniciar o processo considerou a importância da construção de um pacto interfederativo que fosse capaz de sustentar não só a construção, mas também a efetiva implantação da Política em todo território nacional.

O presente artigo tem por objetivo relatar a experiência vivida como consultora do MS da CGSCAM no estado de Santa Catarina e sua capital, no período de 2012 ao início de 2015, dando ênfase às atividades de formação proporcionadas pela EBBS, articulando-as de modo reflexivo às atividades desenvolvidas no território.

Neste relato, são abordados os seguintes temas: escuta diferenciada das questões e problemas locais, a condução e mediação de processos grupais, a capacidade de manejo de situações difíceis, construção de vínculos cooperativos, ampliação e aprofundamento da compreensão da noção de cuidado, apropriação do conhecimento teórico sobre o desenvolvimento emocional infantil, Método Paidéia como proposta de apoio à cogestão de coletivos organizados para o trabalho, a relação entre o apoiador institucional e a transferência e contratransferência entre a equipe e o apoiador.

## Escuta diferenciada das questões e problemas locais

A escuta diferenciada, compreendida como aquela que implica em apreender e compreender o conteúdo e os sentimentos dos atores sociais envolvidos, responder aos sentimentos expressos por eles, aceitar as expressões

e sentimentos tanto positivos quanto negativos, não fazer julgamentos, perceber o tom de voz, a fluidez do discurso, as pausas, as vacilações, construção das frases, observando a linguagem não verbal (postura, expressão facial, gestos, olhar, movimentação das mãos, pernas e pés, respiração); esteve presente nos contatos estabelecidos, quer individualmente ou em grupo, constituindo-se em elemento facilitador no enfrentamento das questões cotidianas e na solução dos problemas locais.

Esse tipo de escuta, a meu ver, diferenciou-se e contribuiu substancialmente para estimular mudanças nos cenários da prática tanto no âmbito estadual como no âmbito municipal. A utilização dessa habilidade permitiu-me constatar que, na medida em que as pessoas se sentem ouvidas, elas sentem-se valorizadas, menos defensivas, menos autoritárias, mais flexíveis e mais abertas, propiciando assim mudar suas atitudes em relação a si próprias e em relação aos outros.

Ouvir bem, segundo o texto 'O estado de espírito cooperativo', de Sennett (2012), sugerido para leitura em nosso processo de formação, exige um conjunto de habilidades, tais como capacidade de direcionar a escuta atenta para o que os outros dizem e interpretar/refletir antes de responder, conferindo sentido aos gestos e silêncios, bem como às declarações. Segundo esse autor, se nos atentarmos para observar bem, prestarmos realmente atenção, demonstrarmos interesse pelo que o outro diz, a conversa que daí resultará será enriquecida, mais cooperativa, mais dialógica. A arte dialógica, como sustenta Sennett (2012), parte do pressuposto de que as pessoas que não observam não podem dialogar. Essa leitura contribuiu sobremaneira para a aquisição e sedimentação de novos conhecimentos teóricos, que incorporados à minha experiência vivida possibilitaram subsidiar melhor a prática, desenvolver e aprimorar habilidades dialógicas.

Em síntese, em relação à escuta diferenciada, eu diria que é preciso saber ouvir e

escutar, olhar e ver, perceber e sentir, só assim poderemos realmente compreender o mundo social que nos cerca e abordar de maneira objetiva o sentido subjetivo da ação humana. Acredito que a 'escuta diferenciada' das questões e problemas locais encontrados nos diferentes cenários em minha prática cotidiana como consultora, agregando os novos conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades, contribuiu para o estabelecimento de relacionamentos cooperativos.

### Condução e mediação de processos grupais

Acredito que do ponto de vista teórico, a leitura do texto de Sennett (2012) citado anteriormente, foi bastante elucidativa, trazendo contribuições importantes para a ampliação da compreensão dos conceitos de 'cooperação', 'trocas cooperativas', gestão de conflitos, entre outros, para condução e mediação de processos grupais. Segundo esse autor, a cooperação é compreendida como "uma troca em que as partes se beneficiam" (SENNETT, 2012, p. 15). De igual modo, o texto intitulado 'Uma contribuição para a cogestão da clínica: grupos Balint-Paidéia', de autoria de Gustavo Tenório Cunha e Devisson Vianna Dantas (2008), forneceu importantes subsídios teóricos especialmente no que se refere à noção de grupalidade.

Segundo os autores, o Grupo Balint-Paidéia é concomitantemente um instrumento gerencial e uma oferta aos trabalhadores para que possam lidar com a complexidade do seu trabalho e das relações intrínsecas a ele. Trata-se de um grupo para discussões de casos clínico-gerenciais em que os profissionais possam apresentar seus casos, lidar com a subjetividade envolvida, trocar ideias com a mediação do gestor/apoiador e se debruçar sobre ofertas teóricas, sempre buscando criar uma grupalidade solidária e ampliar a capacidade de análise e intervenção (CUNHA; DANTAS, 2008).

Do ponto de vista prático, não encontrei maiores dificuldades em relação a esse aspecto, pois meu vivido cotidiano é transversalizado por oficinas de criação coletiva, talleres, rodas de conversa, entre outras modalidades de condução de grupos, privilegiando a participação ativa dos atores sociais envolvidos, constituindo-se estes em espaços potenciais de trocas e de experiências compartilhadas.

### Capacidade de manejo de situações difíceis

Em minha prática cotidiana, de modo geral, não encontrei muitas situações difíceis. A mais delicada envolveu a certificação de 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Florianópolis (SC), sendo exigido pelo MS mudança de fluxograma para distribuição de fórmulas infantis, feita pelas UBS mediante critérios bem rigorosos. Nesse particular, tive que fazer a mediação entre os técnicos da área da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), gerentes, secretário de saúde do município e coordenação da Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM), para que as unidades fossem certificadas, uma vez que gestores intermediários eram contrários à mudança de fluxo, alegando se constituir em um retrocesso em decorrência de dificultar o acesso. Após várias argumentações, o secretário de saúde do município de Florianópolis assumiu oficialmente na ATSCAM, atualmente CGSCAM do MS, o compromisso de alterar o fluxo, enviando ofício ao coordenador da ATSCAM. Diante desse compromisso assumido pelo secretário, as 14 unidades receberam a certificação no final de outubro de 2012, ficando estas tendo que alterar o fluxo. Esta para mim foi uma das situações mais difíceis de manejar, pois havia um posicionamento contrário muito forte por parte de alguns gestores intermediários da SMS em alterar o fluxograma.

### Construção de vínculos cooperativos

O vínculo é uma estrutura na qual estão envolvidos indivíduos, objetos e uma relação particular entre eles — do indivíduo ante os objetos e vice-versa —, ambos cumprindo determinada função para o alcance de objetivos comuns. Portanto, o vínculo é uma relação particular com os objetos que resulta em uma pauta de conduta, que se traduz na forma observável do vínculo, sendo possível identificar nela (na conduta) a sua expressão (vínculo). Disso se segue que a forma como os indivíduos se comportarão na organização (objeto) está diretamente relacionada com o estabelecimento de vínculos entre ambos.

A minha inserção nos grupos envolveu três momentos. O primeiro, que incluiu os fenômenos de afiliação e identificação, os quais se transformaram em pertença, momento em que identifiquei minha integração ao grupo. O segundo momento foi o de cooperação, que se traduziu na minha contribuição para a tarefa grupal. A pertinência, que consistiu no terceiro momento, quando me centrei nos grupos e nas tarefas. A identificação, o sentimento de pertença, a integração e a cooperação constituíram-se em componentes dos vínculos estabelecidos e se mostraram intimamente relacionados entre si.

Em minha avaliação, penso que consegui fortalecer vínculos cooperativos já estabelecidos anteriormente e construir novos em todas as esferas de atuação. Na esfera municipal, fortaleci vínculo com gestores locais, incluindo desde o Secretário Municipal de Saúde de Florianópolis até os gestores intermediários e técnicos da área da saúde da criança, da mulher e do aleitamento materno.

Na esfera estadual, também foram fortalecidos vínculos já existentes com gestores, coordenadores e técnicos da Área Técnica da Saúde da Mulher e da Criança. Nessa esfera, construí vínculos com o grupo condutor da Rede Cegonha da Secretaria de Estado da

Saúde de Santa Catarina (SES/SC), vários apoiadores do MS, consultores do Método Canguru, entre outros.

Na esfera federal, a construção de vínculos cooperativos foi muito expressiva e significativa tanto do ponto de vista qualitativo quanto quantitativo. Foram visíveis os diferentes momentos que vivenciei o estabelecimento e construção de vínculos cooperativos com a coordenação nacional da CGSCAM e a Coordenação-Geral da Saúde da Mulher do MS e suas equipes, com os demais consultores estaduais e nacionais da CGSCAM, com os pesquisadores envolvidos com a formulação da PNAISC, com os integrantes da EBBS — coordenadoras e tutoras —, entre outros.

### **Ampliação e aprofundamento da compreensão da noção de cuidado**

O cuidar/cuidado, tanto do ponto de vista prático quanto do ponto de vista teórico, tem sido meu companheiro em minha trajetória profissional como enfermeira, seja na atividade de docente, seja na atividade assistencial e gerencial, adquirindo um sentido especial em minha experiência vivida. Tenho procurado ampliar a noção de cuidado, e cada vez que aprofundo o tema, percebo a complexidade das dimensões que o comporta.

Na experiência vivida como consultora, a noção de cuidado, do ponto de vista teórico, foi aprofundada por meio da leitura de textos, entre os quais, destaco: 'O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde', autoria de José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres (2004), 'As diversas faces do cuidar: considerações sobre a clínica e a cultura', de Luis Cláudio Figueiredo (2009), e 'O que significa mesmo o Cuidado?', de Leonardo Boff (2012). Esses textos me convidaram a refletir sobre novas perspectivas

paradigmáticas acerca do que é cuidar/cuidado e contribuíram para reforçar minhas crenças e minha visão de cuidado, ou seja,

[...] o cuidado como algo que envolve a possibilidade de escutar e de ser escutado, de acolher e ser acolhido, de reconhecimento das diferenças na busca das melhores soluções, em qualquer nível de relações. De poder trabalhar considerando a interdisciplinaridade, a integralidade, as ações compartilhadas, a formação de vínculos de confiança, a construção de um compromisso de corresponsabilidade etc., mas de modo efetivo e para além dos protocolos de recomendações, que são necessários, no entanto nem sempre funcionam. Cuidado, aqui, se refere a experiência-de-existir-com-o-outro presente em qualquer situação da vida. (PITOMBO; ROSARIO, 2012, P. 5).

Em relação às políticas, ampliei minha consciência para a importância de que o cuidado sensível deve transversalizá-las, considerando que é a sua presença na construção de vínculos, expresso de forma amorosa entre os atores envolvidos, que dá sustentabilidade ao ambiente facilitador da vida, possibilitando outros modos de existir, pautados em um processo de viver mais solidário, "mais valorizador das diferenças e suas desestabilizações, mais colaborativo e mais democrático" (PASSOS ET AL., 2014, P. 806).

### **Apropriação do conhecimento teórico sobre o desenvolvimento emocional infantil**

Em relação à apropriação de conhecimento teórico sobre o desenvolvimento emocional infantil, destaco os temas apresentados no 'Seminário Internacional de Políticas para o Desenvolvimento Integral na Primeira Infância', em que foram abordados e discutidos assuntos extremamente relevantes e

atuais sobre a temática, entre os quais saliento a apresentação do vídeo intitulado 'As experiências moldam a arquitetura do cérebro', produzido pelo *Center on the Developing Child (CDC)* (2012), da Universidade de Harvard, tendo como foco a neurociência e o desenvolvimento infantil; a apresentação feita por Liliane Mendes Penello, intitulada 'A importância do fomento ao vínculo e ao ambiente facilitador à vida na construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança'; e a leitura do texto recomendado 'Os bebês e suas mães', do psicanalista Donald Winnicott (1994), em que focaliza a importância da mãe no desenvolvimento emocional do bebê cujos efeitos, segundo o autor, são de importância crucial para o indivíduo por se estenderem para além da infância. Muitos problemas da fase adulta estariam vinculados a disfunções ocorridas entre a criança e o 'ambiente', representado geralmente pela presença (ou não) da mãe. Nesse particular, o autor apresenta três pontos para sustentar sua tese. 1) Considera que a mãe (e não outra pessoa) é necessária como pessoa viva, presente, de forma não platônica no início da vida para o desenvolvimento físico e também emocional do bebê. Deve existir completo acesso ao corpo vivo, presente, da mãe, com troca de calor, de carinho, de estímulos sensoriais, auditivos, táteis, entre outros.

Também destaca a importância da alimentação infantil bem-sucedida, considerando uma parte essencial da educação da criança. A amamentação materna ganha destaque não só pelo valor nutritivo do leite materno, mas sobretudo pelas trocas, pelo estabelecimento e fortalecimento do vínculo que se estabelece entre a mãe e o bebê. 2) A mãe é necessária para apresentar o mundo ao bebê; o bebê precisa conhecer o que está a seu redor, e é importante que isso seja feito pela própria mãe. Nos primeiros meses de vida, o bebê depende totalmente do ambiente, e vai, com o crescente amadurecimento, tornando-se cada vez mais independente, alcançando,

na maturidade, uma independência relativa; e 3) A terceira maneira que a própria mãe é necessária, e não 'uma turma de excelentes pessoas de boa vontade', diz respeito ao que o autor denomina de 'desilusão', até que a criança fique habilitada a livrar-se da dependência inerente às fases iniciais. Ao finalizar, o autor enfatiza o princípio de que o desenvolvimento emocional do bebê, especialmente no início, só pode ser bem consolidado na base das relações com uma pessoa que idealmente 'deveria ser a mãe'. Quem mais sentirá e fornecerá o que é preciso?

O texto de Winnicott (1994) por um lado me convidou a refletir sobre a importância da mãe como elemento central no desenvolvimento emocional infantil, mas por outro, suscitou inquietações acerca da contribuição do pai nesse contexto.

### **Método Paidéia como proposta de apoio à cogestão de coletivos organizados para o trabalho**

No processo de formação que acompanha o desenvolvimento de nossas atividades, conheci o Método Paidéia (ou Método da Roda) como proposta de apoio à cogestão de coletivos organizados para o trabalho (CAMPOS, 2000; CUNHA; CAMPOS, 2010). Esse Método busca expandir a capacidade das pessoas de aprenderem a lidar com o poder, com a circulação de saberes e afetos. Caracteriza-se principalmente por assumir compromisso com a democracia institucional, reconhecer a importância da pluralidade e a transversalidade das instituições, apostar na politização da gestão, entre outras. Como resultado, "pretende contribuir para o desenvolvimento da capacidade de tomar decisões, lidar com conflitos, estabelecer compromissos e contratos" (CAMPOS ET AL., 2014, p. 985), aumentando as chances dessas pessoas agirem sobre todas

essas relações. Aponta para o reconhecimento da possibilidade de instituir compromissos coletivos e para a necessidade de democratizar o poder em todas as dimensões da vida institucional e social (CAMPOS ET AL., 2014).

Nesse particular, destaco que desde o início de minhas atividades como consultora do MS no estado de Santa Catarina e capital, essa tem sido uma prática fortemente presente. Compromissos institucionais coletivos e essencialmente democráticos têm sido instituídos entre sujeitos com distintos graus de saber e de poder, envolvendo gestores, profissionais, técnicos, entre outros, tanto para a contratualização, elaboração de protocolos, formação, planejamento, avaliação e monitoramento de eixos (Atenção humanizada, qualificada à gestação, parto, nascimento e recém-nascido – Rede Cegonha, Promoção e Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento Integral, Aleitamento Materno e Alimentação Complementar, Atenção Integral à Crianças com Agravos Prevalentes na Infância e com Doenças Crônicas e Atenção Integral à Criança em Situação de Violências, Prevenção de Acidentes e Promoção da Cultura de Paz), como para a formulação de políticas, como a da PNAISC.

Também o Fórum Perinatal e as rodas de conversa com o apoio integrado constituem-se em espaços coletivos, participativos e democráticos onde há compartilhamento de poderes, saberes e subjetividades. A relação é, antes de mais nada, um encontro pessoal, no qual circulam afetos, subjetividades, e nesse encontro estão todos seus potenciais. Como resultado do uso desse Método, que possibilita e reconhece a importância, a pluralidade e a interpenetração (transversalidade) das instituições, é possível perceber ampliação da grupalidade solidária e inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos/equipes implicados nessas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas

formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder.

## **A relação entre o apoiador institucional e a equipe**

O apoio institucional, entendido como um “recurso metodológico que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão”, consiste em um modo para se realizar a cogestão que requer “postura interativa, tanto analítica quanto operacional” (CAMPOS ET AL., 2014, P. 987). É um tema estratégico e propõe uma nova maneira de produzir democracia nas instituições. Ele amplia a capacidade de reflexão e análise das pessoas, que podem qualificar sua intervenção em saúde, seu trabalho em saúde e sua capacidade de produzir mais e melhor saúde. O apoiador institucional atua ‘com e na constituição de coletivos organizados’, em ‘espaços de poder compartilhados’, que se organizam para produzir saúde, tendo um papel ativo na ‘cogestão, na roda de gestão e na coprodução’, conceitos estes abordados no texto.

Essa função de apoio institucional é chave para que grupos e organizações transformem sua gestão e avancem para a democracia institucional. O apoio institucional busca, então, reformular o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde, para que ocorram as transformações necessárias nas organizações. E essas transformações têm sido perceptíveis em meu território.

## **Transferência e contratransferência entre a equipe e o apoiador**

Para que o efeito ‘Paidéia’ se cumpra, efeito este compreendido como “o trabalho realizado para ampliar a capacidade das pessoas

para lidar com informações, interpretá-las, compreender a si mesmas, aos outros e ao contexto” (CAMPOS ET AL., 2014, P. 985), são necessários vários procedimentos metodológicos. Um desses procedimentos que me chamou a atenção é o reconhecimento de que há ‘transferência e contratransferência’ entre a ‘equipe e o apoiador’. O conceito de transferência, nesse Método, é utilizado na cogestão para indicar que há fluxo de afetos. Desejos, bloqueios, interdições, que cruzam os espaços coletivos sem que os envolvidos tenham plena consciência desses movimentos. Há, portanto, afeto, luta pelo poder e conflito nas relações que se estabelecem entre os membros de uma equipe, destes com o apoiador e vice-versa. Reconhecer que há circulação de afeto é reconhecer que as pessoas em cogestão se afetam, gerando incômodo, desafio, inveja, disputa, simpatia, mudança e ódio entre elas. Processos de produção de afetos em que as pessoas transferem às outras características estereotipadas, o que as estimula a criarem padrões fixos de relação, os quais podem bloquear a cogestão Paidéia dos coletivos. Assim, reconhecer a existência desses processos, analisá-los com crítica e intervir sobre os significados transferidos é um poderoso recurso de gestão. A transferência é um processo dialético, em que as partes influem sobre a construção do significado atribuído ao outro, ao coletivo e ao resultado do trabalho.

Fazendo uma avaliação à luz do conteúdo do texto, no que se refere às modalidades predominantes de construção de transferência entre a equipe e o apoiador, percebo em minha experiência como apoiadora institucional a modalidade três, ou seja, a que contempla ‘o processo de transferência criador ou crítico é a que tem prevalecido’. Tal constatação se dá em vários espaços, seja na SES/SC (de forma mais intensa), na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, nos fóruns, nas reuniões técnicas, nas instituições hospitalares que aderiram à Rede Cegonha,

como também a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), Bancos de Leite Humano, Método Canguru, nos comitês (Aleitamento Materno, Mortalidade Materna, Fetal e Infantil), Apoio Integrado, entre outros eixos. Cito, à guisa de exemplo, a experiência vivenciada em uma maternidade pública vinculada à SES/SC, em que inicialmente seu corpo clínico (médico) rejeitava a ideia de implantar um Centro de Parto Normal intra-hospitalar, em contraposição ao desejo das enfermeiras obstétricas atuando na instituição. Após várias rodas de conversas com os atores implicados (direção, neonatologistas, obstetras, enfermeiras e demais profissionais envolvidos, apoiadores institucionais do MS, gestores da SES/SC), decidiu-se no coletivo a implantação de um Centro de Parto Normal intra-hospitalar nessa maternidade.

### **Descrição de algumas situações vividas para ilustrar as reflexões realizadas**

Teria inúmeras situações vividas ilustrando as reflexões realizadas. Destas, selecionei a minha participação e contribuição para a adesão e implantação da Rede Cegonha no estado de Santa Catarina e capital, uma das ações eleitas como prioritárias.

No início de minhas atividades como consultora, em maio de 2012, todos os estados brasileiros já haviam aderido à Rede Cegonha e se encontravam em adiantado processo de implantação, exceto Santa Catarina e Maranhão. A partir de então, foi iniciado um trabalho de cogestão — compreendido como um sistema de gestão que pretende eliminar a separação entre quem planeja, quem executa, quem gere, quem avalia, tendo como ponto de partida a construção de contrato estabelecendo expectativas, objetivos, regras e método de trabalho no sentido de sensibilizar

instituições, gestores e equipes, visando às transformações necessárias, unindo esforços onde o apoiador institucional (consultor da CGSCAM, apoiador temático, de referência e de serviço) desempenhou e continua a desempenhar papel primordial com as equipes e sujeitos implicados no processo. Como resultado desse empreendimento — em que o apoiador institucional ofertou/oferta suporte ao movimento de mudança deflagrado pelos coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança, constituindo-se tarefa primordial do apoio —, em dezembro de 2012, três regiões de saúde eleitas como prioritárias em nosso estado já tinham seus planos de ação aprovados nas instâncias necessárias e suas portarias publicadas pelo MS, seguida da contratualização dos serviços.

Desde agosto de 2013, as demais regiões de saúde do estado de Santa Catarina, em número de 13, também aderiram à Rede Cegonha, totalizando 100% de adesão, ou seja, as 16 regiões de saúde existentes nesse estado já desenvolveram seus planos de ação, em espaços coletivos, democráticos, participativos, suas portarias também já foram assinadas e publicadas pelo MS, e as mudanças que se fazem necessárias estão ocorrendo com muitas rodas de conversas. Enfim, a meu ver, este é um exemplo concreto de minha prática cotidiana, que ilustra bem a relação apoiador institucional e equipe e que mostra o efeito Paidéia.

### Considerações finais

Em linhas gerais, a experiência vivida em relação às 'atividades de formação' na qualidade de consultora do MS para a CGSCAM aqui relatada foi e continua sendo bastante

rica e significativa em termos de aquisição de novos conhecimentos teóricos, práticos e no desenvolvimento de habilidades, especialmente as interpessoais, tanto no que se refere às atividades desenvolvidas em grupo (sejam as virtuais, por meio de fóruns grupais na Plataforma UniverSus dos coordenadores e consultores da saúde da criança para a construção interfederativa da PNAISC), e encontros presenciais (por meio de fóruns, seminários, reuniões, encontros, oficinas de formação), quanto no que diz respeito às atividades desenvolvidas de forma individual, por intermédio da leitura de textos sugeridos e complementados por iniciativa própria. Fazendo um balanço do que resultou para mim, sem dúvida, o saldo foi altamente positivo.

Acredito que o meu estoque de experiência e de conhecimento acumulados ao longo de minha trajetória profissional, associados à aquisição e sedimentação de novos conhecimentos, novas experiências e o desenvolvimento de novas habilidades, contribuiu e vem contribuindo significativamente para minha atuação como consultora do MS da CGSCAM no estado de Santa Catarina e sua capital.

Além desses aspectos, destaco também os encontros presenciais possibilitando a troca de experiências por meio de rodas de conversa e debates com vistas à reflexão de situações inerentes ao processo de trabalho, bem como as estratégias adotadas para o fortalecimento de vínculos entre os profissionais participantes, competência técnica, apoio político, estabelecimento de parcerias, adoção de metodologias construtivistas no processo de trabalho, valorizando o saber prévio e as experiências dos atores envolvidos, conhecimento prévio do território, experiência de gestão pública anterior. ■

## Referências

- AYRES, J. R. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.
- BOFF, L. O que significa mesmo o cuidado? *Jornal do Brasil*, 21 mai. 2012. Disponível em: <<http://www.jb.com.br/leonardo-boff/noticias/2012/05/21/o-que-significa-mesmo-o-cuidado/>>. Acesso em: 7 jul. 2015.
- CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CAMPOS, G. W. S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 983-995, 2014.
- CENTER ON THE DEVELOPING CHILD (CDC). *As experiências moldam a arquitetura do cérebro*. Universidade de Harvard, 2012. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=eSAHbDptGh4>>. Acesso em: 7 jul. 2015.
- CUNHA, G. T.; DANTAS, D. V. Uma contribuição para a gestão da clínica: grupos Balint-Paidéia. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 35-60.
- CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Method Paideia democratic management at work. *ORG & DEMO*, Marília, v. 11, n. 1, p. 31-46, 2010.
- FIGUEIREDO, L. C. As diversas faces do cuidar: considerações sobre a clínica e a cultura. In: MAIA, M. S. (Org.). *Por uma ética do cuidado*. Rio de Janeiro: Garamond, 2009. p. 225-250.
- PASSOS, E. et al. Apresentação. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 805-808, dez. 2014.
- PENELLO, L. M.; LUGARINHO, L. P. (Org.). *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis: a contribuição da estratégia brasileirinhas e brasileirinhos saudáveis à construção de uma política de atenção integral à saúde da criança*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- PITOMBO, L.; ROSARIO, S. Comunicação para a oficina de acolhimento aos consultores nos estados. *Notas preliminares sobre o processo de formação*. 2012. Mimeo.
- SENNETT, R. O estado de espírito cooperativo. In: \_\_\_\_\_. *Juntos: os rituais, os prazeres e a política da cooperação*. Rio de Janeiro: Record, 2012. p. 13-45.
- WINNICOTT, D. A dependência nos cuidados infantis. In: \_\_\_\_\_. *Os bebês e suas mães*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994. p. 73-78.
- ZEPEDA, J. Influência da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis na atenção à criança em Florianópolis: efeitos de aprendizagem do processo de implantação. In: PENELLO, L. M.; LUGARINHO, L. P. (Org.). *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis: a contribuição da estratégia brasileirinhas e brasileirinhos saudáveis à construção de uma política de atenção integral à saúde da criança*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 177-196.

## APÊNDICE F - Artigo 2 Relato De Experiencia Case Study

RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY 59

<sup>1</sup> Psicanalista. Doutora em saúde coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Consultora para desenvolvimento infantil, formação de grupos e tutora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). [msmaia@centroin.com.br](mailto:msmaia@centroin.com.br)

<sup>2</sup> Psicóloga e psicanalista. Mestre em psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Consultora para desenvolvimento infantil e formação de grupos e tutora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). [lupitambo@yahoo.com.br](mailto:lupitambo@yahoo.com.br)

<sup>3</sup> Psicóloga e psicanalista. Mestre em psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Consultora para desenvolvimento infantil e formação de grupos do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). [selmarosario@hotmail.com](mailto:selmarosario@hotmail.com)

<sup>4</sup> Psicóloga e psicanalista. Mestranda em perinatologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Consultora para desenvolvimento infantil e formação de grupos e tutora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma

### Cartografia, grupalidade e cuidado: operadores conceituais do processo de formação da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis

*Cartography, groupality and care: conceptual operators of the process of formation of the Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis*

Marisa Schargel Maia<sup>1</sup>, Luciana Bettini Pitombo<sup>2</sup>, Selma Eschenazi do Rosario<sup>3</sup>, Jane Gonçalves Pessanha Nogueira<sup>4</sup>, Elizabeth Cruz Müller<sup>5</sup>

**RESUMO** A partir da experiência da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis, pretende-se descrever e sistematizar sua proposta de formação no campo da saúde, encarnada aqui no processo de formação dos consultores estaduais de saúde da criança. Para tal, desenvolveu-se uma metodologia baseada em três operadores conceituais, dinamicamente interligados: a cartografia como processo de entrada, conhecimento e reconhecimento do território, a grupalidade como dispositivo de ação e o cuidado em sua dimensão ética. Sublinha-se o modo de fazer específico que prioriza a inclusão da dimensão sensível no processo de formação.

**PALAVRAS-CHAVE** Capacitação em serviço; Metodologia; Cartografia; Processos grupais; Cuidado da criança.

**ABSTRACT** *This article aims at describing and synthesizing, within the experience of the Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis, the proposal of training in the health field, incarnated here in the process of training state consultants for child health. For this purpose, a methodology was developed based in three conceptual operators dynamically interlinked: cartography as a process of entry, knowledge and recognition of the territory; groupality as an action device; and care in its ethical dimension. We highlight the specific way of doing that prioritizes the inclusion of the sensible dimension in the training process.*

**KEYWORDS** *Inservice training; Methodology; Cartography; Group processes; Child care.*

## Introdução

No ano de 2011, a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS) foi convidada pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde (CGSCAM/MS) a contribuir e participar da desafiadora experiência voltada para a construção de um pacto interfederativo que sustentasse a formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. Assim, entre outras funções, assumiu a responsabilidade do eixo de formação/capacitação dos consultores estaduais dos 26 estados e Distrito Federal.

A EBBS se apoia em uma compreensão de saúde ampliada, valorizando as etapas iniciais do desenvolvimento humano, e abraça a ideia de que saúde é fruto da integração do ser humano ao meio em que vive, dando ênfase ao ambiente encontrado nos primórdios da vida.

Hoje, em escala planetária, reflete-se sobre a importância do ambiente na produção de saúde de uma população. Nesse contexto, ao elaborar suas premissas, a EBBS propõe uma reflexão sobre as iniquidades em saúde e o valor de uma provisão ambiental na primeira infância que seja facilitadora do crescimento, desenvolvimento e amadurecimento humano. Entende-se que não somente a vida biológica, mas também a vida emocional saudável de uma pessoa adulta tem seus alicerces construídos nesse período do ciclo vital.

A EBBS chama também a atenção para a necessidade de incluir a primeira infância na reflexão sobre os determinantes sociais de saúde (DSS). Nos primórdios da vida, o foco do investimento das ações de promoção de saúde deve se centrar na diáde mãe-bebê, já que, nesse momento, o bebê não pode ser pensado isoladamente, sendo o pai um dos pilares sobre o qual se baseia o ambiente provedor. O bem-estar físico, mental e social em torno dessa diáde torna-se fundamental para que se instaure um ambiente favorável ao bom desenvolvimento do bebê — horizonte

indispensável para a construção de políticas públicas nesse campo. A relevância dessa reflexão fez com que a EBBS desenvolvesse, dentro do processo de construção de seu marco teórico (MENDES, 2012), o princípio de ‘ambiente facilitador à vida’:

[...] processo que contempla o suporte ambiental necessário para que a criança e sua família recebam adequadamente cuidados físicos e psíquicos que favoreçam o desenvolvimento, a conquista da autonomia e o preparo para a vida. Envolve o estabelecimento de vínculos entre crianças, familiares e profissionais que atuam na atenção integral à criança e à comunidade. (PENELLO, 2013, P. 291).

Trata-se do investimento na construção contínua de ambientes perpassados pelo cuidado em sua dimensão ética, gerando condições favoráveis ao desenvolvimento da autonomia individual e coletiva. Quando o enfoque é a saúde coletiva, chega-se à conclusão que

políticas públicas saudáveis devem ser atravessadas pelo cuidado. Há então a compreensão de que a sua presença na construção dos vínculos entre todos os envolvidos nessa grande tarefa de produção de saúde e cidadania é o que dá suporte ao chamado ‘ambiente facilitador à vida’. (PENELLO, 2013, P. 31).

Atravessada por esse espírito, a equipe de consultoria para desenvolvimento infantil, formação de grupos e tutoria da EBBS se viu ante o desafio de oferecer formação aos consultores estaduais da saúde da criança da CGSCAM/MS. Aqui, a temática do ‘cuidado com o cuidador’ ocupa um lugar de destaque quando o objetivo é a formação de agentes da saúde, englobando a atenção e a gestão.

Em seguida, delineiam-se alguns marcos conceituais e filosóficos fundamentais que balizam a metodologia utilizada neste processo de formação — metodologia EBBS — e que conferem sustentação ao seu ‘modo de fazer’.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).  
ebbs.jane@gmail.com

\*Psicóloga. Mestre em psicologia clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Consultora pedagógica do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).  
bmuller@centroin.com.br

## O fazer-se humano em uma comunidade de humanos

O homem ao qual se dirige este investimento é marcado por seu tempo. Como um ser de práxis, ao responder aos desafios que o mundo lhe apresenta cria seu mundo: o universo histórico-social. Através da ação, inventa formas de ser e estar no mundo que se configuram como processos de subjetivação. Neste modo próprio de fazer-se humano em uma comunidade de humanos, o homem é sempre relacional. Ou seja, essa dimensão de sua subjetividade enraiza-se nos primórdios da vida, em que, para se desenvolver, precisou de outro humano que dele cuidasse. Esse cuidado inaugura uma dimensão de encontro que lhe é fundante.

Desde que nasce, o homem é criador e ao mesmo tempo herdeiro de uma rede social que lhe antecede. Inicia-se assim, desde a infância, uma trajetória contínua ao longo da vida na qual o homem é criador e, ao mesmo tempo, criado em um contexto sociocultural que é significativo a respeito do modo como interage no/com o mundo. Como diz Norbert Elias (1994) a respeito dos processos de transmissão da cultura:

A fala do outro desenvolve na criança em crescimento algo que lhe é inteiramente próprio, uma linguagem que é inteiramente sua e que, ao mesmo tempo, é um produto de suas relações com os outros, uma expressão da rede humana em que ela vive. (ELIAS, 1994, p. 35).

Destacam-se duas características do homem: desejo constante de mudança e ao mesmo tempo desejo de estabilidade. Sua biologia apresenta um processo constante, diário, de mudanças e alternâncias rítmicas. Traz dentro de si as duas possibilidades, podendo valorizar e incentivar os processos de transformação ou, com a mesma intensidade, retê-los, conservando um estado de coisas.

Nesse processo, cada época é marcada por

concepções filosóficas, científicas e antropológicas que delineiam um paradigma que, de maneira subliminar, organiza as sociedades humanas por longos períodos históricos. Como se trata de uma construção histórica, o paradigma de determinada cultura pode apresentar processos de crescimento, apogeu e declínio. Nesse sentido, entende-se que se vive um momento de transição paradigmática em que não há mais uma identificação integral com o paradigma moderno, cuja produção, grosso modo, deu-se pela prevalência da razão operante a partir da noção de domínio: domínio da natureza pelo homem, do homem pelo homem, das culturas minoritárias pelas majoritárias etc. (PLASTINO, 2010). Esse paradigma regulou os modos de viver e ser no âmbito da cultura e da natureza durante séculos, mas já não atende aos anseios e às necessidades do mundo.

A atualidade é marcada por essa crise em que há um recrudescimento do paradigma moderno devido ao seu enfraquecimento, uma espécie de resistência ante a emergência de um outro paradigma que ainda não se solidificou, mas que surge forte, marcado pela urgência da revisão de valores e relações humanas. Essa mudança traz para os sujeitos um sentimento cotidiano de instabilidade e desconforto.

O ponto da crise paradigmática que está em curso, para o qual chama-se a atenção, não é a destituição da razão como um dos operadores do modo de se fazer humano, mas a exclusão de outros territórios da subjetividade, como, por exemplo, a intuição, os processos inconscientes, a sensibilidade, os afetos. Somente o humano, em seus desvãos e historicidade, poderia ser capaz de pensar e fazer mover um mundo em que a cisão ficcional entre razão e emoção fosse um dos polos norteadores da cultura. É impossível eliminar da experiência humana estes outros territórios — psíquicos, afetivos, subjetivos — nos quais a razão se nutre. Nesse contexto, também se questiona frontalmente a centralidade do ideal de domínio

como operador da cultura.

Ao se abordar a transformação paradigmática, alinha-se àqueles que propõem uma mudança profunda e necessária do ideal de homem que regeu o paradigma moderno: o homem dominador. Somente o ser humano cuidador — próprio ao ‘paradigma da transformação’ ou ‘paradigma do cuidado’ proposto por Boff (2012) — pode fazer frente aos desafios atuais. Aqui, cuidado ganha um estatuto de princípio, meio e fim para o homem.

De acordo com Boff (2012), o cuidado adquire sua compreensão mais profunda como ‘cuidado essencial’, aquele que antecipa e projeta como uma flecha para o futuro um lugar social para cada um em sua história de vida, como o fio de uma trama que se tece para além do tempo de uma existência.

Aqui, cuidado é associado à ética em seu sentido etimológico, como *éthos* (morada, conjunto de hábitos) e *êthos* (disposição de alma, disponibilidade de espírito), sendo somente possível compreendê-lo como uma experiência relacional que acontece entre eu e outro, entre eu e muitos.

Viver é aceitar essa dança entre conservar e transformar. É manter-se aberto para a possibilidade sempre presente de poder fazer diferente, de mudar, ou mesmo de sustentar a conservação disso ou daquilo. Esse jeito de ser e estar no mundo — nos diversos ambientes: trabalho, social, afetivo-familiar — é que define o homem como histórico-social, sempre em interação. É a partir desse homem, encarnado em suas práticas cotidianas, um ser de afetos, matéria e linguagem, que se pensa o campo da humanização em saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Embora a aposta esteja centrada no campo da saúde, entende-se que a saúde vista a partir do paradigma do cuidado não se restringe a procedimentos especializados e técnicos, mas sim ao seu alcance em termos de investimento na sustentabilidade do humano, desde a infância, em suas redes sociais e afetivas.

## Os primórdios da vida e o desenvolvimento de habilidades específicas na formação dos profissionais de saúde

O momento histórico em que se vive é herdeiro de um individualismo exacerbado, próprio ao paradigma do domínio, em que os aspectos competitivos e excludentes da subjetividade são estimulados maciçamente desde a infância. Deste processo, delinea-se uma cultura na qual as habilidades pessoais para estabelecer relações de reciprocidade que preservem o respeito e o acolhimento das diferenças, do diferente, se encontram despotencializadas, dificultando a emergência de relações cooperativas. Richard Sennett (2012) alerta para o fato de que vem se instalando na sociedade uma forma de lidar com o outro marcada por um afastamento, um distanciamento, como se este estivesse à margem do caminho.

No mundo do trabalho, ocorre um círculo vicioso em que o individualismo nutre as relações competitivas e a competitividade alimenta o individualismo, dificultando a sustentação de redes de cooperação. Longe de querer esgotar essa temática, o objetivo é apontar, junto com Christoph Dejour (2005), que o incremento da habilidade de competir em detrimento de sua habilidade correlata, a cooperação, gera um desequilíbrio no sistema interativo das pessoas envolvidas em determinada tarefa. A ativação desenfreada da competição se desdobra em um individualismo defensivo, com o fechamento de cada um em sua esfera privada. Este mecanismo é, segundo o autor, a causa de muitos sofrimentos e adoecimentos na esfera do trabalho.

Trazendo essa reflexão para o processo de formação, percebe-se a necessidade de estimular e resgatar recursos pessoais que possam reinaugurar territórios subjetivos<sup>1</sup> que tragam o prazer e a potência da

<sup>1</sup> “A ideia de indivíduo [...] enquanto território subjetivo [...] traduz certa captura da subjetividade dentro de um determinado sistema de códigos [...]. A subjetivação refere-se, portanto, às diferentes formas de produção de subjetividade em uma determinada formação social” (SILVA, 2004, P. 2).

habilidade de cooperar, facilitando, assim, os processos de trabalho. Cooperação e competição, afirma Sennett (2012), compõem um par de habilidades que se inaugura na infância. Por exemplo, em momentos originários, houve um sistema cooperativo entre a mãe e seu bebê para que ambos obtivessem sucesso no processo de amamentação. Em nossa cultura, a habilidade de competir tem um lugar de destaque, embora no percurso do amadurecimento pessoal surja em momento posterior à de cooperar. Porém, toda criança sabe que, mesmo em brincadeiras como as de 'perde e ganha', é preciso uma boa dose de cooperação, além da competição, para sustentar o prazer no jogo.

A matriz dessas modalidades relacionais se encontra na primeira infância. Com a teorização de Daniel Stern (1992) e Donald Winnicott (1993), passou-se a compreender que o desenvolvimento da pessoa não se dá por exclusão de suas etapas primeiras de desenvolvimento, mas, como uma 'cebola', tem-se diversas camadas que estão presentes todo o tempo no estar no mundo, dando sustentação. Conta-se com diversos 'senso de eu' que interagem todo o tempo com o ambiente; sistemas psíquicos interativos que cooperam de maneiras diferentes conforme as necessidades subjetivas da ocasião (STERN, 1992).

Um conceito que é referência para todo o trabalho realizado pela EBBS é o de "ambiente facilitador", desenvolvido pelo psicanalista Donald W. Winnicott (1979, p. 43). Trata-se, aqui, de um conceito complexo, pois não é ao ambiente físico, tal como costuma ser compreendido, que ele está se referindo. Para ele, o ambiente faz parte "das forças constitutivas do sujeito" (AB'SÁBER, 2006, p. 15), e nesse sentido ele é simultaneamente interno e externo, fruto de um encontro. Ou seja, assim que um bebê chega ao mundo, esse ambiente coincide com os cuidados maternos, sendo composto pelo encontro entre o que o bebê expressa e o acolhimento que a mãe lhe oferece. Assim,

ela é o primeiro ambiente a prover e acolher o bebê, que 'conta' com a adaptação ativa materna para que se inicie, entre os dois, uma relação de reciprocidade.

Para o bebê, o mundo que se apresenta é mágico, sendo a mãe a pessoa mediadora entre o mundo que ele fantasia e a realidade ambiental. Em termos práticos, quando o ambiente oferece essa hospitalidade, representada pelos braços maternos, pela amamentação, pelos cuidados dispensados e pelo amor, está se falando de um 'ambiente facilitador': um processo interativo pautado pelo acolhimento materno, acolhimento este capaz de fornecer a sustentação necessária para o pleno desenvolvimento físico e afetivo do novo ser que chega ao mundo.

O mundo é oferecido ao bebê em pequenas doses. Essa apresentação de mundo precisa ser feita com o devido cuidado para que o infante o descubra e, segundo sua visão mágica e criativa, gradativamente o simbolize. Isso significa que a criança desde os primórdios é levada a avançar na descoberta do ambiente, mas com a devida dose de ilusão que faz com que ela crie aquilo que está posto para ser descoberto (WINNICOTT, 1982).

É preciso dizer que esse ambiente não pode ser compreendido como perfeito ou fruto de idealização. Sendo assim, o ambiente facilitador requer uma qualidade humana de cuidados que não se refere a uma perfeição mecânica, pois aos bebês e às crianças não interessa a perfeição mecânica. Eles necessitam de seres humanos à sua volta, que tenham êxitos e fracassos, pois na infância "ocorrem coisas boas e más" (WINNICOTT, 1979, p. 38). O suporte ofertado pelo cuidado materno propicia que o infante experimentalmente essas modulações ambientais, de modo a internalizar o que experimenta como algo que é dele, um processo que o capacita a simbolizar o que vive, já que se sente amparado pelo seu cuidador.

É desse modo que o 'ambiente facilitador' favorece a descoberta da realidade pela

criança que pode explorar o seu pequeno mundo, o seu entorno, para começar a construir a sua identidade de modo espontâneo. Esse é o momento em que já pode se reconhecer como um ser singular, a sentir que é uma pessoa separada de sua mãe, embora ainda não prescindir de seus cuidados.

Doravante, aquilo que experimentou como o seu ambiente primordial o acompanhará por toda a sua vida e é isso que lhe dará a possibilidade de recriá-lo em todas as etapas de seu percurso, mas agora também de modo compartilhado, pois o mundo real existe, e sua visão inicial mágica passará a ser 'negociada' com a realidade que o cerca. Conforme disse o poeta Raul Seixas em sua música: "sonho que se sonha só, é um sonho que se sonha só. Mas sonho que se sonha junto é realidade". Em síntese, para que haja uma perspectiva de uma infância saudável, é necessário promover um clima favorável ao relacionamento que se desenvolve progressivamente entre a mãe e seu bebê.

Sublinhe-se que a matriz intersubjetiva desse modo de experimentar o mundo se enraíza nesse período precoce da vida em que se experimental, a ternura das primeiras redes de cuidado, de cooperação e de ludicidade. É a partir desse campo intersubjetivo, ou interpessoal que os primeiros vínculos vão se definindo. A comunicação inicial da mãe com seu bebê, com características próprias, requer dela uma disponibilidade para amparar, compreender (empaticamente) e estimular o bebê para a vida. É um processo em que o tempo, não só cronológico, mas também subjetivo, é fundamental para cultivar a relação que, gradativamente, vai se construindo na direção do fortalecimento dos vínculos que sedimentam a capacidade de confiar, estruturando a socialização.

A capacidade de estar com o outro e disso obter satisfação vai se estabelecendo a partir dessas relações iniciais. A receptividade e a responsividade materna são componentes importantes nesse ambiente. Receber bem quem chega e se anuncia como novidade é

crer que todos têm um quê de interessante e de interessado. Algo a acrescentar e trocar. É apreciar o broto, a estreia, a infância. Nascer e ser recebido por uma família acolhedora e receptiva traz segurança, sentimento que vai se solidificando ao longo da vida, possibilitando um viver e um conviver abastecidos de amorosidade e cuidado, se desdobrando na forma de estar no mundo a partir de um ambiente favorável ao desenvolvimento (FERENCZI, 1992).

Dessa reflexão, compreende-se a importância do cenário dos momentos iniciais de vida e seus efeitos na vida adulta. Para o processo de formação, aqui em pauta, o que interessa é a dimensão afetiva incluída na natureza das relações, aquilo que as torna singulares, potentes e duradouras. A partir deste pano de fundo, a estratégia se centrou no resgate e estímulo de habilidades, muitas vezes negligenciadas no âmbito do trabalho, mas de fundamental importância para o exercício do cuidado. Refere-se às habilidades dialógicas (SENNETT, 2012), tais como ouvir com atenção, agir com tato, gerir discordâncias e encontrar pontos de convergência na interação com outro(s), todas elas caras ao exercício da função do consultor.

Ao longo do processo de formação dos consultores, o desafio foi desenvolver a propensão à empatia, à cooperação, ao gesto espontâneo, à linguagem lúdica e à capacidade de confiar em si e no outro, como instrumentos fundamentais para o trabalho.

## Ensinar, educar, formar e transmitir

Propor formação no campo da saúde e um método para esse processo é uma tarefa audaciosa que pode apresentar armadilhas às vezes insuperáveis. Em primeiro lugar, é preciso que se crie um solo comum e fértil para o entendimento de palavras que parecem unívocas, mas que podem compor uma pluralidade quase inesgotável de

significados.

Há uma primeira diferenciação a ser feita entre ensinar, educar e formar. De acordo com o dicionário de filosofia Ferrater-Mora (2001), a educação pode ser compreendida como incorporação ordenada de bens culturais, visando, a partir de diversos métodos, o ensino do já adquirido por determinada cultura. Essa definição circunscreve apenas um patamar do educar. Certamente, o conteúdo daquilo que se ensina no Oriente se diferencia bastante do que se ensina no Ocidente, mas como nos alerta Paulo Freire (2006), ao mesmo tempo que a educação ensina e reproduz os bens culturais de determinada sociedade, também pode se constituir como motor e alavanca para processos de transformação da própria cultura.

Durante séculos, acreditou-se em um processo de ensino predominantemente objetivo, em que as funções de mestre e de aluno eram rigidamente demarcadas: o professor ensinava determinado conteúdo programático e o aluno o aprendia sem questioná-lo – formato educacional próprio ao paradigma moderno. Ao excluir a dimensão sensível e afetiva dos processos educacionais, arrisca-se produzir um engessamento, um aprisionamento da capacidade criativa das pessoas implicadas. Herdeiro da era cartesiana, esse modelo educacional aposta na cisão entre razão e afetos.

A educação construtivista – conceituada por Paulo Freire, Piaget e outros – diferentemente do ensino clássico, aposta no desenvolvimento e aprimoramento de qualidades criativas e reflexivas que se expandem e se potencializam a partir do encontro genuíno entre aquele que ensina e aquele que aprende, promovendo mudanças subjetivas em ambos. Aqui, educar visa transformar, além de conservar<sup>2</sup>.

É importante sublinhar que esse marco pedagógico compreende a aquisição de conhecimento como uma produção interativa entre os participantes de determinada

experiência, em que a inclusão do sensível e dos afetos é nuclear. A partir desse referencial, compreende-se que a metodologia EBBS de formação conta com processos de transmissão mais abrangentes do que se é esperado na aprendizagem clássica.

Ensino, do latim *insignāre*, traduz-se como “por uma marca, assinalar, distinguir” (MACHADO, 1977, p. 408). Já a transmissão adquire sentido bem diferente: do latim *transmissione*, significa “trajeto, travessia, passagem” (MACHADO, 1977, p. 326). Tem-se, então, duas posições bem distintas para o sujeito a quem se dirige o ensino ou a transmissão.

No caso do ensino, pode-se entender que será produzida nele ou para ele uma marca, um sinal, que distinguirá uma coisa, qualquer que seja, de outra. Ele a receberá passivamente. Será marcado por este sinal.

No caso da transmissão, algo de diferente se dá. ‘Trajeto’, ‘travessia’, ‘passagem’ são termos que indicam que há um sujeito na ação, que deverá fazer a travessia, que passará de um lugar para outro. Ou seja, esse sujeito se modificará enquanto sujeito, após o ato da transmissão; não será mais o mesmo. Também cabe a reflexão sobre o sentido de ‘fazer passar’ algo de um para outro. De qualquer forma, o sujeito está aí completamente comprometido no processo da transmissão, seja como emissor, seja como receptor, porque também há de se considerar que nem sempre o transmissor exerce sua função de forma consciente e intencional.

Uma técnica pode ser ensinada sem que ela altere em nada aquele que recebe o ensino e aquele que o faz (ensina). Informam-se e assimilam-se dados sem maiores modificações além do plano da formação, mas este ensino necessariamente não indica o aprendizado de uma atitude<sup>3</sup>.

No caso da transmissão, não. Após uma transmissão, se ela de fato se fez, o sujeito a quem se transmitiu não está mais em seu estado anterior. Ele se altera exatamente

<sup>2</sup> Para um aprofundamento, ver Aranha (2006).

<sup>3</sup> Atitude, do francês *attitude* (origem latina em *aptitude* – aptidão), usado primeiramente como termo de artes plásticas, o que evoca a dimensão da estética no ato, além da ética.

pelos efeitos da transmissão. Tampouco o transmissor permanece o mesmo. Algo de inédito e singular se passou aí, entre esses dois. Há de fato uma mudança de atitude.

Nesse processo de transmissão confere-se um lugar de destaque para a habilidade da escuta, visto a seguir.

Como verbos, 'escutar' e 'ouvir' se emparelham como sinônimos sem maiores questões semânticas. Ao se tomar seus substantivos correlatos, verifica-se a dificuldade de fazer essa aproximação sinonímica. 'Escuta' e 'audição' portam sentidos bastante distintos em seu uso discursivo, impedindo, na maioria das vezes, a substituição de um pelo outro.

'Escuta' como substantivo é um derivado regressivo do latim *auscultare*, que, como verbo, comporta como principal significação 'ouvir com atenção'. A noção de escuta, enquanto um fenômeno psicológico, alçada a uma condição conceitual por Freud, em 1895, torna-se uma ferramenta de trabalho: escuta-se aqui mais do que se diz. Escutam-se as reverberações do que é dito (e não dito), seus duplos sentidos, suas ênfases e omissões, seus desdobramentos (FREUD, 1967B). Mais do que significados, escutam-se significações, coisa que nenhum robô pode fazer.

As significações se correlacionam aos efeitos de afetação da(s) fala(s) sobre aquele(s) que escuta(m); efeitos qualitativos de operações não conscientes que estão todo o tempo em ação nas experiências, incluído mais do que nunca as experiências relacionais, pois a ideia de fala por si só lembra que se está, enquanto humanos, em relação.

Os afetos só podem ser reconhecidos caso se pare para compreender os seus efeitos. Os afetos não falam; eles transtornam o ser, tiram-no de um estado habitual. E só podem ser 'escutados' caso se debruce sobre eles, os acolha como uma realidade vivida.

A escuta busca capturar não só as significações do que está sendo dito, mas também

os estados afetivos a elas correlacionados. Esses estados, quando em circulação, trazem consigo potenciais mobilizadores que podem ser propulsores de mudanças, o que é um efeito desejável, mas também podem trazer estagnações, resistências e paralizações.

Na vida em grupo, encontram-se estados afetivos em circulação e/ou estagnação, posto que ali também há fala e, como dito acima, toda fala comporta, além de seu significado, um conjunto de significações e seus afetos correlatos. Identificar esses pontos de estagnação da circulação dos afetos, de seu estancamento, e manejá-los é uma tarefa crucial no plano das relações de trabalho.

O consultor/apoiador, em seu trabalho no território, está o tempo todo imerso em um universo de falas e de ações grupais. Em geral, são falas oriundas de setores, locais e experiências diferenciadas que, na maioria das vezes, precisam se articular para que os objetivos em relação à atenção à saúde local possam ser atingidos. Nesse sentido, desenvolver a capacidade de escuta é um ponto fundamental na formação do consultor.

Enfim, entende-se que para alterar as práticas de gestão e cuidado no campo da saúde, não basta o ensino de conhecimentos técnico-científicos para serem aplicados em uma realidade específica. A metodologia EBBS propõe uma formação que privilegia a transmissão e o desenvolvimento de novos 'modos de fazer' no dia a dia da gestão e da prática de saúde. Visa modos diferenciados de viver a experiência de cuidado. Visa transformar os sujeitos envolvidos.

A formação EBBS se dá por um processo contínuo que se realiza na e pela imersão no campo da experiência. A proposta é valorizar o caráter exploratório de cada realidade para tornar possível o reconhecimento daquilo que cada território apresenta como potencial de crescimento. Para tal, foi construído o eixo metodológico formado por três operadores conceituais — cartografia,

grupalidade e cuidado — que serão apresentados a seguir.

## Cartografia, grupalidade e cuidado: operadores conceituais

### Sobre cartografia

*Primeiro escuto, começa sempre por aí. Qualquer escritor é um escutador em primeiro lugar. Depois capturo o que me comoveu e me roubou o chão. Tem de ser algo quase que me dissolve. Uma frase, uma pessoa, um momento, tem de tomar posse de mim, fico perdido. Depois para dar um sentido às coisas tenho de sair de mim, e aí começa a história.*

(COUTO, M.)

Através da descrição feita por Mia Couto sobre o modo como experimenta o instante do escrever, pode-se entender a cartografia como um movimento desejante que pode ser, por exemplo, o percurso de uma escrita, a realização de uma pesquisa, a transmissão em um processo de formação e a prática adotada no cotidiano de um trabalho; porém, sempre desejante.

O termo cartografia foi tomado de empréstimo do campo da geografia, sendo utilizado para o estudo de processos sociais em que estão presentes as relações entre pessoas, visando compreender o que faz o ser agir, experimentar ou pensar, não a partir da interioridade de cada um, mas do que se passa entre as pessoas em determinada situação ou contexto (DELEUZE; GUATTARI, 2004). Nesse caso, o que está em evidência é exatamente o que ocorre 'entre' — entre pessoas, entre pessoas e coisas e o que se produz entre esses elementos; o que afeta e pelo que se é afetado; o que se produz a partir desses encontros e desencontros sem que se pretenda significar ou interpretar dado acontecimento.

Suely Rolnik (2006) oferece uma definição do que é fazer cartografia quando o que está em questão e em análise são as experiências psicossociais, fazendo uma distinção entre cartografia e mapa, sendo este último reconhecido como "representação de um todo estático" (ROLNIK, 2006, P. 23). Sobre o primeiro, diz a autora: "cartografia é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem. Paisagens psicossociais também são cartografáveis" (ROLNIK, 2006, P. 23). Trata-se de um desenho movente — a ideia de um traçado, um rabisco, uma linha nômade que percorre determinado campo ou território existencial. Para ela, a cartografia desmancha e transforma mundos e permite a desconstrução de sentidos arraigados para formação de outros mundos "que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos" (ROLNIK, 2006, P. 23).

A cartografia não representa objetos. Ela acompanha processos. Compreende a dimensão processual do viver. Trata-se de uma processualidade que não é histórica (ideia de algo já feito e acabado) a não ser que o dado histórico esteja vivo no momento presente, fazendo parte do mesmo. Essa dimensão processual no presente é uma característica que marca fortemente esse tipo de percurso. Tal processualidade diz respeito à apreensão de um 'plano de forças' que se atualiza em uma dimensão coletiva. O método da cartografia opera na construção do 'plano coletivo de forças'. O que é um plano coletivo de forças? É aquele que coexiste com o plano das formas, dos "contornos estáveis que se denomina formas, objetos ou sujeitos" (ESCÓSSIA; TEDESCO, 2009, P. 92). Segundo essas autoras, é o plano de forças, visto como um plano de intensidades, que produz o plano das formas. Nele há sempre essa dimensão coletiva que convive e dá consistência e certa ancoragem àquilo que é experimentado e vivido. Embora sempre haja momentos de individualização (plano das formas) na prática da cartografia, a atenção

está voltada para aquilo que é movente (forças). Quando se diz que o método de formação empregado é feito pela transmissão e se pauta em uma dimensão afetiva, quer-se ressaltar que se trata de algo que se passa na interação entre o plano das forças e o plano das formas, o processo entendido como aquilo que se passa entre esses dois planos, em meio aos acontecimentos. Inclui-se, aqui, a produção de subjetividades.

Outra afirmação importante é que o método da cartografia não é algo que se aplica, e sim que se pratica. Ou seja, é um método inventivo, estando o cartógrafo sempre implicado em movimentos de criação, de transformação de si mesmo e do mundo. Trata-se de ir ao campo com uma perspectiva exploratória, sendo fundamental que o olhar seja o de alguém que se deixa surpreender com o que acontece naquele campo. Ao cartógrafo

importa que ele esteja atento às estratégias do desejo em qualquer fenômeno da existência humana que se propõe a perscrutar e que podem ser: movimentos sociais, formalizados ou não [...] grupos e massas, institucionalizados ou não. (ROLNIK, 2006, P. 65).

O cartógrafo começa pelo meio, já com o 'bonde andando'. Aliás, na vida sempre se começa e se sai pelo meio dos processos, embora haja momentos de chegada e de saída. O corolário disso são os momentos de nascimento e morte, mas, no caso da cartografia,

todas as entradas são boas, desde que as saídas sejam múltiplas [...] sendo importante que o cartógrafo mergulhe 'na geografia dos afetos' e faça uso das mais diversas fontes e operadores conceituais ao fazer o seu percurso. (ROLNIK, 2006, P. 66).

A cartografia é caracterizada como um método que inverte a equação 'conhecer primeiro para fazer posteriormente' porque toma como base a ideia de que o mergulho na experimentação é essencial para que se

construa o objeto do conhecimento. A equação passa a ser: fazer e conhecer, tendo em vista a necessidade de se caminhar e avançar na construção do conhecimento. Como diz o poeta Antônio Machado, "o caminho se faz ao andar" (MACHADO, 2015).

Segundo Passos e Barros (2009A), na cartografia, há uma inversão do que se conhece como 'método', visto tradicionalmente como processo de construção de conhecimento que se define como um caminho predeterminado pelas metas dadas de partida. Na cartografia, a própria metodologia é inventada porque parte sempre da experimentação. Essa inversão é explicada assim:

[...] consiste em aposta na experimentação do pensamento - um método não para ser aplicado, mas para ser experimentado e assumido como atitude. Em vez de regras para serem aplicadas, propõe-se a ideia de pistas para guiar o trabalho de pesquisa. As pistas que guiam o cartógrafo são como referências que concorrem para a manutenção de uma atitude de abertura ao que vai se produzindo e de calibragem do caminhar no próprio percurso da pesquisa. (PASSOS; BARROS, 2009A, P. 17).

Isso não significa o primado do empirismo, pois esse tipo de experimentação não prescinde do registro da experiência e nem do rigor da sistematização do trabalho realizado. É a valorização do fazer, mas não meramente pelo fazer, e sim para produzir conhecimento através de novas práticas postas em ação e que trazem consigo o germe da mudança.

Quando se fala de um processo de formação em que o mesmo se dá a partir do que é experimentado em determinado contexto em dado território, é justamente daquilo que se vivencia no caminhar que o processo se nutre. É no (re)conhecimento de um território — que é possível (re)inventá-lo. O desafio é o da renovação de práticas que, mesmo respaldadas em embasamentos científicos, acabam não surtindo os efeitos locais esperados. A formação deve ser oferecida ao profissional

de saúde como um processo que se realiza na e pela inserção no plano da experimentação.

Esse expediente propicia a dimensão dos avanços, impasses e desafios de cada percurso empreendido, para que as ferramentas adequadas a determinado contexto sejam forçadas a partir do que o território oferece em função das expectativas dos possíveis desdobramentos e resultados não previamente estabelecidos. Por isso a importância da articulação do uso da cartografia com a ética do cuidado e a produção de grupalidade.

### Sobre grupalidade

Reunir pessoas em torno da discussão de um determinado assunto ou para realização de uma determinada tarefa não é garantia de envolvimento e participação dos presentes. Não basta reunir pessoas para que, de fato, processos grupais sejam acionados. Para lidar com esse desafio de forma diferenciada, é necessário operar uma desnaturalização de um modo de compreender o grupo e o indivíduo, ainda hegemônico nos dias atuais, afirmando uma perspectiva mais promissora para seu efetivo funcionamento. Do ponto de vista aqui adotado, um grupo não é um somatório de individualidades e nem um aglomerado de pessoas que pensam de modo unívoco. Aqui, o grupo é um dispositivo acionador de potencialidades, afirmação importante para a compreensão do que é essencial em seu efetivo funcionamento: a produção de uma qualidade relacional que facilite as trocas e construções coletivas.

Tradicionalmente, o grupo é pensado a partir da noção de indivíduo, e pode-se localizar algumas constantes nas definições comumente formuladas: o grupo como intermediário entre o indivíduo e a sociedade; o grupo como um todo; como uma estrutura, uma unidade, um objeto de investigação (BARROS, 1994). Barros desloca esta compreensão propondo um novo olhar a partir do qual o grupo passa a ser entendido como um dispositivo de produção de subjetividade<sup>4</sup>. Ao realizar este deslocamento, o grupo deixa de ser apenas uma forma como

os indivíduos se organizam “para ser um dispositivo, catalisador existencial que poderá produzir focos mutantes de criação”, passando a expressar “multiplicidades e provisoriiedades” (BARROS, 1994, p. 151).

A noção de dispositivo como ‘algo que faz funcionar’ será tomada por Barros para pensar o que afinal aciona-se nos espaços grupais: suas potencialidades. O grupo produzido como dispositivo favorece “as desnaturalizações de lugares e papéis que o sujeito-indivíduo constrói e reconstrói em suas histórias” (BARROS, 1994, p. 152), possibilitando o surgimento do novo e do impensado. Não se trata aqui de buscar a identidade do indivíduo ou do grupo, mas acompanhar suas linhas de composição<sup>5</sup> a partir do contato com o emaranhado de intensidades que se atualiza em determinado tempo e espaço (BARROS, 1997).

Ao optar por uma compreensão da realidade a partir da ideia de produção de subjetividade, abrem-se espaços para modos de existir antes impensáveis, compreendendo a experiência de um sujeito sempre como um emergente, construído a partir de um plano vivo e pulsante, que se atualiza a todo momento (SIMONDON, 1993; STERN, 2007).

O contato com a multiplicidade, oriunda das diversas linhas de composição e acessadas nas situações grupais, pode deixar emergir um território existencial não mais da ordem do individual, mas da ordem do coletivo. Uma composição se realiza a partir de vários ditos, várias histórias, sensações, percepções; que precipitam novas formas de ver e dizer sobre um determinado tema ou questão. Isso se deve ao fato de se experimentar, neste movimento, mesmo que de forma breve e sutil, a suavização e dilatação das fronteiras dos territórios existenciais individuais, dando ênfase nas composições surgidas do encontro. Ao deixar de lado a concepção de grupo como sendo um somatório de indivíduos ou como uma unidade em si, compreendendo-o a partir da noção de produção de subjetividade, é possível acessar processos capazes de produzir mudanças por meio do que é expresso e experimentado no

<sup>4</sup> Produção de subjetividade é entendido aqui como “o conjunto das condições que torna possível que instâncias individuais e/ou coletivas estejam em posição de emergir como território existencial autorreferencial, em adjacência ou em relação de delimitação com uma alteridade ela mesma subjetiva” (GUATTARI, 1992, p. 19). A este respeito conferir Guattari e Rolnik (1994), Deleuze (1991).

<sup>5</sup> Segundo Barros (2007), “O trabalho com o dispositivo-grupo se dá no desembaraçamento das linhas que o compõe — linhas de visibilidade, de enunciação de força, de subjetivação. Por isso diz-se que este trabalho é cartográfico. [...] Logo, insiste-se que não há sentidos a serem revelados, mas a serem criados. É da fecunda tensão das linhas que configuram um dispositivo que algo de novo pode advir” (BARROS, 2007, p. 189).

grupo.

Então, pode-se dizer que o grupo é composto por um ‘emaranhado de linhas das muitas histórias que nele [grupo] se cruzam’. Que linhas são essas? São linhas de composição da vida (DELEUZE, 1991; BARROS, 1997), encontradas tanto no engendramento dos territórios existenciais quanto nas experiências do *socius* (GUATARRI; ROLNIK, 1986) e que irão compor os dispositivos. Trata-se de uma mesma materialidade constitutiva, sempre pulsante e atual, com a qual se tem que haver a todo o momento (SIMONDON, 1993).

Nessa perspectiva, o trabalho em grupo aciona processos capazes de produzir mudanças por meio do que é expresso e experimentado no decorrer dos próprios encontros grupais, mantendo-se uma abertura para a inclusão dos efeitos produzidos pela composição de palavras e afetos que ganham novos sentidos (NOGUEIRA; PITOMBO; ROSÁRIO, 2010). Caminhando na construção desta percepção, experimentam-se sensações oriundas da composição das forças expressivas e intensivas<sup>6</sup> produzidas pela diversidade das experiências que compõe o grupo, vindas de muitos lugares, seguindo ‘múltiplas direções’.

Ampliar o campo sensível e perceptivo no sentido apontado acima não significa abrir mão das estratificações necessárias para o viver, da realização de tarefas e cumprimento dos diversos acordos que organizam o cotidiano da vida em sociedade. Não há contradição entre tarefas a serem realizadas e as reflexões propostas.

Aqui, o diferencial é o ‘modo de fazer’, o modo de conduzir a realização da tarefa, pois há de haver abertura para a inclusão permanente das contradições, singularidades e discrepâncias surgidas em todo e qualquer trabalho grupal.

O estar diante de outros pode disparar movimentos inesperados porque é o desconhecido — não só enquanto experiência, como também enquanto ‘modo de experimentar’ — que passa a percorrer as superfícies dos encontros. (BARROS, 1997, p. 188).

<sup>6</sup> A esse respeito, conferir Deleuze (1991).

Dessa afirmativa decorre a importância em se desenvolver habilidades para lidar com a diferença e com o imprevisível, próprios e possíveis em qualquer situação grupal.

Nessa proposta, trabalha-se a ideia de grupalidade como um processo que vai se constituindo gradativamente, a partir do seu exercício compartilhado. A experiência realizada em grupo, através de reflexões e atividades propostas em oficinas e rodas de conversa, permite que os atores envolvidos construam relacionamentos de confiança. O reconhecimento de que o que é dito pode ser feito, o compartilhamento das decisões em regime de corresponsabilidade, a possibilidade de dar visibilidade àquilo que até então não podia ser dito, o exercício do cuidado em mutualidade, entre outros — são aspectos que podem ser desenvolvidos no decorrer de um processo grupal. O que se propõe é a criação de um espaço protegido, favorável à troca e ao trabalho em conjunto, sempre com a preocupação de se manter uma abertura para as potencialidades inerentes ao encontro.

Entre as estratégias utilizadas para a realização dos trabalhos em que a grupalidade foi acionada e experienciada, houve uma que facilitou enormemente a compreensão dos objetivos a serem alcançados, pela oportunidade da prática em ato, através de estudos de casos e de situações de difícil resolução individual. Trata-se do uso dos “Grupos Balint Paidéia” (GBP) (CUNHA; DANTAS, 2010, p. 34). Na verdade, esse é um tipo de procedimento técnico oriundo de outras experiências que tiveram início justamente no campo da saúde através da experiência original de M. Balint (1988, p. 11), que percebeu os meandros e a delicadeza da relação entre o médico (ou outro profissional de saúde) e seu paciente. Uma relação capaz de produzir efeitos benéficos ou perniciosos para o paciente. Ou seja, mais uma vez a constatação da importância do aspecto relacional na composição do que se chama de planos de forças.

O trabalho com a metodologia de GBP proporciona um espaço grupal que dá suporte aos profissionais para que possam exercitar, a partir de casos clínicos vividos, uma elaboração

dos afetos presentes nas relações clínicas e institucionais, em associação ao fomento do processo de co-gestão das equipes interdisciplinares dos serviços. A discussão de casos atuais é um potente dispositivo criador de interdisciplinaridade, instaurando novas dinâmicas de interlocução entre os participantes. Nos GBP, parte-se sempre de um caso para a construção de um espaço de narratividade segundo a lógica: narrar, problematizar, refletir e construir estratégias de intervenção. O método pressupõe a inclusão dos participantes envolvidos na discussão de temas e problemas em saúde, com o objetivo de aumentar a capacidade de análise e intervenção dos coletivos. Um caso clínico institucional de um dos participantes do grupo é apresentado, e todo o grupo passa a refletir, contribuindo para seu desdobramento. Observou-se que neste 'processo de desmontagem'<sup>7</sup> "extraí-se a agitação de micro casos trazidos a cena" (PASSOS; BARROS, 2009B, P. 168). As pessoas se identificam, trazem novos pontos de vistas, outras abordagens, trazem seus próprios casos.

Aqui cada caso mais do que ser um caso, é caso como-um, caso onde o um é menos unidade, individualidade, menos regra geral que homogeneiza os casos e mais o um-expressão, índice de qualquer um outro caso, aberto, portanto, a muitos num *continuum* de intensidades que compreendem diferenças. (PASSOS; BARROS, 2009B, P. 169).

Nessa modalidade de experiência, o caso passa a ser de todos, pois a vivência em conjunto faz com que 'abracem a situação' como sua, como se cada um dos participantes estivesse diretamente envolvido na questão, na medida em que se reconhecem naquele lugar, enfrentando ou já tendo enfrentado alguma experiência semelhante de dúvida ou de impasse. A partir do que já foi dito anteriormente sobre processos grupais, pode-se afirmar que se trata da emergência de um plano coletivo de forças que com sua intensidade contagia<sup>8</sup> a todos (THEMUDO, 2002). Isso não elimina de modo

algum o modo diferenciado com que cada um recebe e processa a vivência do caso em discussão. Ao contrário, as diferentes reações provocam atitudes de acolhimento, desejo de ajudar, produção de soluções criativas e fortalecimento do grupo, bem como de conflitos, resistência e desinteresse que são sempre incluídas e trabalhadas.

Os GBP são fortes produtores de resiliência, pois à medida que os componentes do grupo vão se encorajando e trazendo seus 'casos difíceis' para discussão, o sentimento de grupalidade solidária se intensifica e ganha consistência. Essa experiência costuma causar transformações significativas no modo de compreender os problemas surgidos sem que se tenha receio das suas próprias reações afetivas. O grupo que opera nessa modalidade possibilita a experiência do autoconhecimento e também do melhor conhecimento do outro. A vivência compartilhada em grupo produz, ao mesmo tempo, autonomia e compartilhamento. O cuidado, antes visto apenas como destinado aos usuários, passa a ser reconhecido como autocuidado e cuidado mútuo, aquele tipo de cuidado que é digno de disseminação entre os próprios profissionais que passam a se apoiar e a buscar soluções coletivas.

Concluindo, a compreensão de 'grupo como dispositivo', somado à 'cartografia' e à 'ética do cuidado', orienta todo o processo de concepção e condução das atividades de formação da EBBS. A aposta é na potência da experiência grupal, nas suas diversas configurações, banhada pelo cuidado com as relações de todos os envolvidos e pela constante cartografia dos afetos oriundos das experiências que vão se desenrolando. Este é norte na condução da metodologia de formação da EBBS.

### Sobre cuidado

Como visto no início desse trabalho, a partir do paradigma do cuidado, a palavra 'cuidado' adquire uma compreensão que equivoca seu significado comum. O 'cuidado essencial' antecede o início da vida singular e se inscreve

<sup>7</sup> Passos e Barros (2009) descrevem dois procedimentos narrativos a partir dos quais pode-se abordar um caso: a redundância e a desmontagem. No procedimento da redundância, o caso é entendido como caso padrão, narrado pela operação de repetição. No procedimento de desmontagem, o caso narrado é tratado "como agregado de mil outros casos, é apreendido pelo método intensivista, método em que a transformação se dá por metamorfose, criação de novos sentidos. Aqui o caso não tem sentido próprio nem figurado, já que se vê implicado, remetido aos muitos outros casos colocados num de intensidades" (PASSOS; BARROS, 2009, P. 168).

<sup>8</sup> A ideia de contágio ou imitação é encontrada nos escritos do sociólogo Gabriel Tarde que trabalha o aspecto das 'expressões quase imperceptíveis' como o "germe de toda transformação, tal como uma pequena pedra atirada em um lago, cujas ondas produzidas a partir de um ponto singular podem se propagar por toda a extensão do lago, ou como uma epidemia mais ou menos intensa" (THEMUDO, 2002, P. 9).

no tecido social, projetando um lugar para as gerações que estão por vir.

A partir do paradigma do cuidado, cotejando-o com o paradigma da dominação, pergunta-se: cuidado se ensina? Como se transmite o cuidado? Como criar o gosto pelo cuidar se, de uma determinada maneira, nossa cultura se encontra um tanto desabilitada para tal?

Esse é o desafio que a EBBS se coloca ao propor sua metodologia de formação. Parte-se da seguinte premissa: cuidado se transmite através da experimentação. Mesmo que se faça um esforço para apreender seu significado nos livros, não se atingirá seu sentido mais profundo, alcançando apenas uma compreensão parcial. Existe uma razão básica para esse fato: o sentido do cuidar que nutre o paradigma do cuidado se enraíza na dimensão relacional do homem, no reconhecimento do outro — na alteridade.

Essa dimensão relacional de um cuidado ampliado que opera através de um ‘ambiente facilitador’ é fundante do humano. Como visto acima, tem sua matriz na relação da mãe com seu bebê, nas habilidades oriundas da primeira infância<sup>9</sup>, habilidades que foram fundamentais para que o pequeno infante fosse fisgado para a vida e pudesse perseverar em sua comunidade. No entanto, essas habilidades vêm sendo colocadas à margem devido às exigências, ainda hegemônicas, do paradigma do domínio.

A compreensão da vida coletiva a partir do paradigma do cuidado resgata territórios da vida subjetiva<sup>10</sup> que se encontram despotencializados devido ao exercício (por séculos) do paradigma da dominação, que em seu âmago se exerce mediante a exclusão da dimensão sensível da subjetividade individual e coletiva. Como escreve Leonardo Boff,

[...] no transfundo desta ética do cuidado há uma antropologia mais fecunda que aquela tradicional, base da ética dominante: parte do caráter relacional do ser humano. Ele é um ser, fundamentalmente, de afeto, portador de pathos, de capacidade de sentir e de afetar e

ser afetado. Além da razão intelectual (logos) vem dotado da razão emocional, sensível [...]. Ele é um ser-com-os-outros e para-os-outros no mundo. Ele não existe isolado em sua esplêndida autonomia, mas vive sempre dentro de redes de relações concretas e se encontra permanentemente conectado. (BOFF, 2010).

Ao alicerçar o processo de formação na experimentação do cuidado, privilegiam-se estratégias micropolíticas para sua transmissão, formas diversificadas de ‘viver’ o cuidado que associadas à cartografia e à grupalidade favoreceram a disseminação de modos diferentes de fazer e produzir saúde, contando com uma delicada e potente rede afetiva e linguística que vai sendo sistematicamente construída e envolve os implicados em determinada prática. Quando se está imerso nesta experimentação, as mudanças subjetivas vão se operando por ‘afetação’ e ‘contágio’, vistos aqui como algo que se propaga em meio aquilo que é vivenciado por muitos e que funciona como disparador da ‘formação de um tecido coletivo’, pois “o retalhamento das disciplinas torna impossível apreender ‘o que é tecido junto’, isto é, o complexo, segundo o sentido original do termo” (MORIN, 2014, p. 14).

Transmitir cuidado implica, portanto, experimentação e afetação (MAIA, 2013), já que inclui não somente a dimensão de significados linguísticos, mas toca o campo da transmissão sensível, provocando a ativação de mecanismos biológicos e psíquicos que por vezes se encontram adormecidos na vida adulta.

## Conclusão

Mais que concluir, optou-se por sublinhar a importância dos processos de cooperação não somente no campo do trabalho, mas em todos os registros da experiência humana. Richard Sennet, em seu livro ‘Juntos’ aponta a importância da base de trocas subjetiva que sustenta os processos de cooperação em que todos os envolvidos se beneficiam. Desde a

<sup>9</sup> Vale lembrar que essas habilidades dizem respeito à capacidade de estabelecer empatia, de cooperar, de agir com espontaneidade, de fazer uso da linguagem lúdica e de poder confiar em si e no outro.

<sup>10</sup> Para um aprofundamento desse tema, indica-se Daniel Stern (2007).

experiência de mutualidade da mãe com seu bebê durante a amamentação até as redes de cooperação nas situações de trabalho, há um ganho subjetivo para todos: a atitude cooperativa visa a facilitação de processos que individualmente seriam mais difíceis, se não impossíveis. Sennett afirma:

A capacidade de cooperar de maneira complexa está enraizada, isto sim, nas etapas mais iniciais do desenvolvimento humano; essas capacidades não desaparecem na vida adulta. E esses recursos de desenvolvimento correm o risco de ser desperdiçados pela sociedade moderna. (SENNETT, 2012, p. 20).

No âmbito do trabalho, quando os fazeres são executados a partir de um distanciamento desafetado, ocorre uma fragilização dos vínculos entre os envolvidos. Ao invés de experimentação de cuidado, há uma invalidação dos afetos vividos na experiência pessoal e coletiva. Aprende-se a indiferença, a impotência e a desconfiança, entre outros afetos desvitalizantes. A dimensão intersubjetiva de reconhecimento é abalada, rompendo com a possibilidade de construção de um 'ambiente facilitador' que fortaleceria o vínculo de cooperação entre os agentes da experiência, dificultando assim os processos de comunicação,

de adesão e de criatividade no trabalho.

Acredita-se que as coisas podem se dar de uma outra forma quando há uma preocupação com a qualidade dos vínculos estabelecidos e com a produção de sentido em torno do fazer (da vida laboral).

Na experiência realizada, houve a preocupação com a inclusão do sensível, dos afetos no âmbito da formação de profissionais de saúde ligados à gestão. Procurou-se ao longo do texto apontar alguns aspectos pedagógicos que são alavancas metodológicas para que esse processo possa ocorrer.

O esforço de trabalho, formação e transmissão de cuidado se articula a partir da premissa de cooperação, tal como apontado acima. Sublinha-se que se vive um momento histórico de profunda crise de valores em que é urgente o resgate do 'estado de espírito cooperativo' não somente nas redes de trabalho, mas também no âmbito das relações sociais. Para mudar esse cenário, é de fundamental importância dar um destaque especial para as ações dirigidas à primeira infância, adubando o solo para o amanhã. Produzir pensamentos e soluções alternativas, simples e criativas, adequadas às especificidades de cada território brasileiro é um desafio para todos que se aventurarem a pensar ações voltadas para o cuidado integral da criança. ■

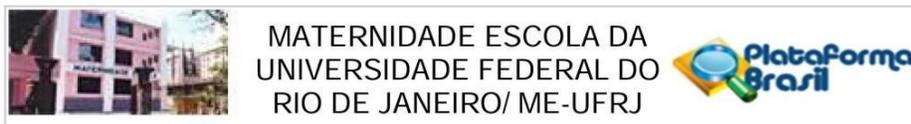
## Referências

- AB'SÁBER, T. A. M. Apresentação. In: PHILLIPS, A. *Winnicott*. Aparecida: Ideias&Letras, 2006, p. 9-15.
- ARANHA, M. L. *A história da educação e da pedagogia*. São Paulo: Moderna, 2006.
- BALINT, M. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.
- BARROS, R. B. Grupo e produção. In: *Saúde e loucura 4: grupos e coletivos*. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 145-154.
- . Dispositivos em ação: o grupo. In: LANCETTI, A. (Org.). *Saúde e loucura 6: Subjetividade: questões contemporâneas*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 183-191.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde:

- um novo modismo. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005.
- BOFF, L. *A paz fundada no paradigma do cuidado*. 2010. Disponível em: <<http://www.triplov.com/boff/2010/paz.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2015.
- \_\_\_\_\_. *Sustentabilidade: o que é – o que não é*. Petrópolis: Vozes, 2012.
- CUNHA, G. T.; DANTAS, D. V. Uma contribuição para a cogestão da clínica: grupos Balint-Paidéia. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 35-60.
- DEJOUR, C. *O fator humano*. Rio de Janeiro: FGV, 2005.
- DELEUZE, G. *Foucault*. São Paulo: Brasiliense, 1991.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995. v. 1.
- ELIAS, N. *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1994.
- ESCOSSIA, L.; TEDESCO, S. O coletivo de forças como plano da experiência cartográfica. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 92-108.
- FERENCZI, S. A adaptação da família à criança. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1992, p. 1-13. (Obras Completas Psicanálise, 4).
- FERRATER-MORA, J. *Dicionário de filosofia*. São Paulo: Loyola, 2001.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2006.
- FREUD, S. *Psicoterapia da histeria (1895)*. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1967b, p. 103-129. (Obras Completas, 1).
- GUATTARI, F. Da produção da subjetividade. In: \_\_\_\_\_. *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1986.
- MACHADO, J. P. *Dicionário etimológico da língua portuguesa*. 3. ed. Lisboa: Livros Horizonte, 1977.
- MACHADO, A. *Cantares*. Disponível em: <<http://www.escritas.org/pt/poema/10543/cantares>>. Acesso em: 28 set. 2015.
- MAIA, M. S. Cuidado, humanização, transmissão e clínica. In: PENELLO, L.; LUGARINHO, L. *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para a construção de uma política de atenção integral à saúde da criança*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2013. p. 259-278.
- MENDES, C. Pesquisa avaliativa da implantação da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis. In: PENELLO, L.; LUGARINHO, L. (Org.). *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis: a contribuição da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para a construção de uma política de atenção integral à saúde da criança*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 281-350.
- MORIN, E. *A cabeça bem feita: repensar a reforma do pensamento*. 21. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.
- NOGUEIRA, J.; PITOMBO, R. D.; ROSARIO, S. E. Transformações afetivas em um grupo de profissionais de cuidados paliativos. In: INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Comunicação de notícias difíceis na atenção à saúde*. Rio de Janeiro: Inca, 2010, p. 107-114.
- PENELLO, L. Ambiente emocional facilitador à vida: de conceito a princípio orientador de políticas públicas saudáveis – em destaque a atenção integral à saúde da criança. In: PENELLO, L.;

- LUGARINHO, L. (Org.). *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis: a contribuição da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para a construção de uma política de atenção integral à saúde da criança*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013, p. 9-354.
- PLASTINO, C. A dimensão constitutiva do cuidar. In: MAIA, M. S. *Por uma ética do cuidado*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. p. 53-88.
- ROLNIK, S. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Sulina: Ed.UFRGS, 2006.
- SENNET, R. *Juntos: os rituais, os prazeres e a política da cooperação*. Rio de Janeiro: Record, 2012.
- SILVA, R. N. A dobra deleuziana: políticas de subjetivação. *Fractal – Revista de Psicologia*, Niterói, n. 16, p. 1-16, 2004.
- SIMONDON, G. A gênese do indivíduo. *Cadernos de Subjetividade*, São Paulo, p. 97-118, 2003.
- STERN, D. *O momento presente: na psicoterapia e na vida cotidiana*. Rio de Janeiro: Record, 2007.
- THEMUDO, T. S. *Gabriel Tarde: sociologia e subjetividade*. Fortaleza: Relume Dumará, 2002.
- WINNICOTT, D. W. *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- \_\_\_\_\_. Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: \_\_\_\_\_. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1979. p. 38-54.
- \_\_\_\_\_. *A criança e o seu mundo*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.

## ANEXO A – Parecer Consubstanciado Do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Rodas de cuidado: tecnologia relacional em perinatologia para a promoção de saúde integral, estimulando o desenvolvimento infantil saudável

**Pesquisador:** Marisa Schargel Maia

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 54746716.3.0000.5275

**Instituição Proponente:** Maternidade-Escola da UFRJ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.568.996

#### Apresentação do Projeto:

Resposta as pendências do CEP referentes ao projeto de pesquisa que possui uma Questão norteadora que quer saber como se transmite o cuidado? Será uma pesquisa de abordagem qualitativa, teórico/conceitual não sistemática, cujo objetivo é dar continuidade e avançar nos estudos já existentes relacionados à compreensão dos mecanismos intra e intersubjetivos que sustentam as redes de cuidado. Utilizará a dinâmica de grupo centrados na metodologia de Rodas de Conversa, atendendo aos objetivos da pesquisa/intervenção com os usuários do serviço para testar a transmissão de cuidado em torno de um tema comum: a construção de vínculo parental com seu futuro bebê para promover a vigilância do desenvolvimento infantil. O instrumento aglutinador e disparador da dinâmica grupal será a Caderneta de Saúde da Criança (CSC)

#### Objetivo da Pesquisa:

Conforme descrito no parecer 1.516.940.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme descrito no parecer 1.516.940.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Atendeu ao solicitado.

**Endereço:** Rua das Laranjeiras, 180  
**Bairro:** Laranjeiras **CEP:** 22.240-003  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2556-9747 **Fax:** (21)2205-9064 **E-mail:** cep@me.ufrj.br



MATERNIDADE ESCOLA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO DE JANEIRO/ ME-UFRJ



Continuação do Parecer: 1.568.996

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Atendeu ao solicitado.

**Recomendações:**

Atendeu ao solicitado.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Atendeu ao solicitado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

1 - De acordo com o item VII da Resolução CNS n.º 466/12, o pesquisador deverá apresentar relatórios anuais (parciais ou finais, em função da duração da pesquisa).

2 - Eventuais emendas (modificações) ao protocolo devem ser apresentadas, com justificativa, ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_657630.pdf	18/05/2016 21:50:48		Aceito
Outros	resposta_CEP_pendencias.pdf	18/05/2016 21:44:36	Marisa Schargel Maia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	17/05/2016 18:17:44	Marisa Schargel Maia	Aceito
Outros	CAPA_PROJETO_DE_PESQUISA.doc	01/04/2016 13:22:23	Marisa Schargel Maia	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	31/03/2016 11:47:23	Marisa Schargel Maia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_Rodas_de_Cuidado.pdf	30/03/2016 12:10:20	Marisa Schargel Maia	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua das Laranjeiras, 180  
**Bairro:** Laranjeiras **CEP:** 22.240-003  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2556-9747 **Fax:** (21)2205-9064 **E-mail:** cep@me.ufrj.br



MATERNIDADE ESCOLA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO DE JANEIRO/ ME-UFRJ



Continuação do Parecer: 1.568.996

RIO DE JANEIRO, 01 de Junho de 2016

---

**Assinado por:**  
**Ivo Basílio da Costa Júnior**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua das Laranjeiras, 180  
**Bairro:** Laranjeiras **CEP:** 22.240-003  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2556-9747 **Fax:** (21)2205-9064 **E-mail:** cep@me.ufrj.br