

PAREN- TALIDA- DES

**INTERVENÇÕES
E DESAFIOS
PARA A SAÚDE
PÚBLICA**

Katia Tarouquella Brasil
Sandra Cabral
Maria Jose Soares Pereira
Eliana Rigotto Lazzarini
Daniela Scheinkman
Márcia Cristina Maesso
Viviane Legnani

Organizadoras



TECHNOPOLITIK

Rodrigo Neves Barreto

Prefeito de Niterói, RJ

Felipe Peixoto

Secretário Executivo da Prefeitura de Niterói, RJ

Felipe Ocdargy

Secretário do Gabinete de Gestão Integrada da Prefeitura de Niterói e
Membro do Comitê Gestor do Pacto Niterói Contra a Violência

Dra. Ilza Boeira Fellows

Secretária de Saúde e Presidente da Fundação Municipal de Saúde de Niterói

Gilson Chagas

Secretário de Ordem Pública

Maria das Graças Silva Raphael

Subsecretária Executiva da Secretaria Executiva da Prefeitura de Niterói,
Coordenadora Executiva do Pacto Niterói Contra a Violência da Prefeitura de
Niterói e membro do Comitê Gestor do Pacto Niterói Contra a Violência

Luciano dos Santos Avelar

Chefe do Observatório de Segurança Pública (OSPNit)

Dr. Alan Castro

Vice-Presidente de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família da
Fundação Municipal de Saúde de Niterói

Dr. Marcelo Ribeiro Alves de Farias

Vice-Presidente de Atenção Hospitalar e de Emergência da
Fundação Municipal de Saúde de Niterói

Maria Angélica Duarte Silva

Subsecretária de Redes da Secretaria Municipal de Saúde

Vinícius Mendes da Fonseca Lima

Diretor Técnico da Vipacaf

Adriana Tereza S. da Costa

Coordenadora de Atenção Primária em Saúde

Dra. Diana Almeida

Diretora da Maternidade Municipal Alzira Reis

Dra. Ana Eppinghaus

Chefe da Coordenação de Vigilância em Saúde (Covig)

Analice Silva Martins

Chefe do Departamento de Supervisão Metodológica (Desum)

Dra. Maria Célia Vasconcellos

Diretora Geral da Fundação Estatal de Saúde de Niterói (FeSaúde)

Fayana S. Moraes Pereira

Núcleo Estratégico de Apoio Técnico (Neat-FeSaúde)

PAREN TALIDA DES

**INTERVENÇÕES
E DESAFIOS
PARA A SAÚDE
PÚBLICA**

Katia Tarouquella Brasil
Sandra Cabral
Maria Jose Soares Pereira
Eliana Rigotto Lazzarini
Daniela Scheinkman
Márcia Cristina Maesso
Viviane Legnani

Organizadoras

Brasília/DF
2025



TECHNOPOLITIK

Technopolitik – Conselho editorial

Ana Lúcia Galinkin - Universidade de Brasília

Antonio Nery Filho - Faculdade de Medicina/Universidade Federal da Bahia

Claudiene Santos - Universidade Federal de Sergipe

Eroy Aparecida da Silva - Afip/Universidade Federal de São Paulo

Marco Antônio Sperb Leite - Universidade Federal de Goiás

Maria Alves Toledo Burns - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto

Maria Fátima Olivier Sudbrack – Universidade de Brasília

Maria Inês Gandolfo Conceição – Universidade de Brasília

Maria das Graças Torres da Paz - Universidade de Brasília

Raquel Barros - Instituto Empodera

Telmo Ronzani – Universidade Federal de Juiz de Fora

Projeto gráfico, capa e diagramação: Ars Ventura Imagem e Comunicação.

Revisão final: Maurício Galinkin/Technopolitik

Apoio técnico: Denise Valadão Santos/Finatec

P228 Parentalidade : intervenções e desafios para a saúde pública /
Organização Katia Tarouquella Brasil...[et al.] ---Brasília, DF : Technopolitik, 2025.

306 p.: il.

Possui versão e-book.
Textos de vários autores.

ISBN 978-65-86192-21-6

1. Saúde pública. 2. Parentalidade. 3. Perinatalidade. 4. Saúde mental. 5. Pós-natal psicológico. 6. Violência contra a criança. 7. Política pública de saúde. 8. Violência contra a mulher. 9. Projeto Escola da Família: promovendo práticas parentais com afeto, sem violência.

CDU 613.86

Ficha catalográfica elaborada por Iza Antunes Araujo CRB1-079

Versão impressa ISBN 978-65-86192-20-9

© das autoras e autores

Nota: as fotografias incluídas neste livro pertencem ao acervo do Programa Escola da Família, da Prefeitura de Niterói, estado do Rio de Janeiro, e as pessoas que nela aparecem - gestantes ou acompanhantes - quando aderiram ao Programa assinaram documento autorizando o uso de suas imagens, que permitem sua utilização neste documento de acompanhamento e avaliação do andamento dos trabalhos realizados.

É permitida a reprodução para fins didáticos, desde que solicitada prévia autorização junto às organizadoras. Os textos, ilustrações e fotografias são de exclusiva responsabilidade dos autores e organizadoras, e expressam os pontos de vista, conceitos e opiniões das autoras e autores, não sendo, necessariamente, os do editor.

Maurício Galinkin/Technopolitik (MEI)

CNPJ 25.211.009/0001-72. Novo (CBL) ISBN 65-86192

Tel: (61) 98407-8262. Correio eletrônico: editor@technopolitik.com

Sítio eletrônico na internet: <http://www.technopolitik.com.br>

SUMÁRIO



PREFÁCIO	9
APRESENTAÇÃO	13
PROJETO ESCOLA DA FAMÍLIA: PROMOVENDO PRÁTICAS PARENTAIS COM AFETO, SEM VIOLÊNCIA	19
Maria Jose Soares Pereira Maria Angélica Duarte Silva Ana Eppinghaus Vinícius Mendes da Fonseca Lima Maria das Graças Silva Raphael Luciano dos Santos Avelar Adriana Tereza Soares da Costa Denise Erbas Raphaella Tavares	
A EXPERIÊNCIA DE UMA EMULTI/NASF NA ESCOLA DA FAMÍLIA	57
Amanda de Souza Facce Ana Claudia Rodrigues Nogueira Ana Tainara da Silva e Silva Elizabeth Peixoto Mouzinho Larissa Nascimento Armindo Raquel D Paula Gonçalo da Silva	
DETERMINANTES SOCIAIS NO TERRITÓRIO E OS IMPACTOS NA SAÚDE	73
Jéssica Emanneli Moreira da Costa Mariana de Sousa e Silva Ingrid Fernandes Katia Tarouquella Brasil	
PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E SUAS MÃES: REDUÇÃO DE RISCOS E FORTALECIMENTO DE FATORES PROTETIVOS	95
Aline Tarouquella Matias Melissa de Azevedo Xavier da Silva	

ENTRE O MITO E O DESEJO: A MATERNIDADE NA PSICANÁLISE E NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	119

Márcia Cristina Maesso
Thamyris Pimentel da Fonseca

FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA PARENTALIDADE E O PAPEL DOS DISPOSITIVOS DE IMAGEM	133

Ághata Ferreira de Sousa
Katia Tarouquella Brasil
Alessandra Arrais

IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA ESCOLA DA FAMÍLIA: UMA TECNOLOGIA INOVADORA EM SAÚDE	155

Bruno Cabral Coser
David Macedo Rodrigues Filho
Jéssica Emanoeli Moreira da Costa
Sandra Cabral
Maycon Rodrigo da Silveira Torres

O PÓS-NATAL PSICOLÓGICO NO SUS: ESTRATÉGIA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL MATERNA EM CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL	179

Elen Carioca Zerbini
Alessandra da Rocha Arrais

O PROGRAMA ESCOLA DA FAMÍLIA E A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS: APOSTAS ÉTICO-METODOLÓGICAS E SEUS IMPACTOS	193

Paloma Meirelles
Carolina Sarzeda
Sandra Cabral

PARENTALIDADE VULNERÁVEL E O USO DO DISPOSITIVO COM FOTOGRAFIAS COMO UM ESPAÇO DE TROCA GRUPAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	213

Ingrid Fernandes dos Santos
Katia Tarouquella Brasil
Eliaana Rigotto Lazzarini

PARENTALIDADE, AFETO E RESISTÊNCIA: CAMINHOS E DESAFIOS PARA UMA RELAÇÃO PARENTAL NÃO VIOLENTA	233

Thais Moratti
Monica de Rezende

PERFIL DAS USUÁRIAS DO PROJETO ESCOLA DA FAMÍLIA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI/RJ	243

Sérgio Aboud
Wagner Valentim de Alão
Cláudia Marcia Osório Xavier de Almeida
Ingrid dos Santos Abrão.
Vanessa dos Santos Andrade.
Arnold Vasconcelos R. de Assis
Marcela Kiill Rios de Freitas
Lorena de Cássia dos Santos Florentino
Ana Beatriz Meziara Garcia
Millena Mendonça Andrade Paes Leme
Emilly Silva Ramos
Luciana Rodrigues da Silva
Kethelin R. Carvalho de Souza

RELATO DE EXPERIÊNCIA DA ESTRATÉGIA DE MONITORAMENTO PROATIVO NO PROJETO ESCOLA DA FAMÍLIA, NO MUNICÍPIO DE NITERÓI/RJ	257

Cláudia Márcia O.X. de Almeida
Patrícia Teixeira Guerra Ferreira

VIOLÊNCIAS CONTRA AS MULHERES E OS SEUS BEBÊS: UMA BREVE ANÁLISE HISTÓRICA E ESTRUTURAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL	271

Marcele Zveiter

A ESCUTA EM PSICANÁLISE: CONTRIBUIÇÕES ÀS AÇÕES MULTIPROFISSIONAIS EM PERINATALIDADE E PARENTALIDADE	283

Maria Fernanda Campos
Cintia da Silva Lobato Borges
Daniela Scheinkman

SOBRE AUTORAS E AUTORES	301

PREFÁCIO

Por Rodrigo Neves Barreto
Prefeito de Niterói



O Pacto Niterói Contra a Violência é uma política pública inovadora e bastante exitosa, implantada na cidade de Niterói em 2018, a qual, nesses sete anos, reduziu importantes índices de violência no município, com ações transversais e integradas de prevenção, de segurança, de melhoria da qualidade de vida da população e de promoção da cultura da paz.

Esse Pacto foi estruturado em quatro eixos, que se articulam e se complementam para o enfrentamento e prevenção à violência, com dezoito programas implantados e desenvolvidos com base em evidências científicas, a partir das experiências exitosas de Medellín e de Nova York, inspiradoras para a construção de uma política pública em Niterói, cidade situada na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, território extremamente complexo e atingido fortemente pela expansão do crime organizado.

Nesse contexto, registrava-se naquele ano uma imensa sensação de insegurança e o sentimento da população era de verdadeiro pavor, e a cidade estava em seus piores indicadores de segurança. Diante desse cenário, contrariei a opinião de praticamente todos os meus conselheiros, que enxergavam na segurança pública um problema estadual e de desgaste político permanente, e decidimos colocar o tema como prioridade central de nosso governo.

Entendia, como gestor público, que apesar da atribuição constitucional do estado, o cidadão não é estadual, federal ou municipal e, dessa forma, todos os esforços deveriam ser realizados para garantir tranquilidade e qualidade de vida para todas as pessoas e para a nossa cidade. Realizamos, assim, o primeiro plebiscito do país sobre

o armamento da Guarda Civil Municipal e a maioria da população, cerca de 70%, optou pelo não armamento da força municipal com armas de fogo. Acatamos a decisão da população, democratizamos o debate sobre a segurança pública, mobilizando milhares de pessoas nos bairros e nas comunidades.

Com a cooperação de uma organização não-governamental, Comunitas, realizamos um diagnóstico bastante detalhado sobre a violência na cidade, uma pesquisa domiciliar de vitimização, dezenas de encontros com a sociedade civil, associações de moradores, igrejas, polícias, guarda civil municipal, universidades e instituições não governamentais e elaboramos de forma democrática e participativa, um conjunto de propostas, as quais constituíram um planejamento estratégico com base em evidências científicas e com uma metodologia de gestão orientada para resultados, estruturando o plano denominado Pacto Niterói Contra a Violência, o primeiro plano municipal de segurança pública de Niterói.

A implantação de projetos de prevenção, em especial do *Projeto Escola da Família: promovendo práticas parentais com afeto, sem violência* (PEF), constituiu uma das principais inovações no âmbito da política pública de prevenção e de segurança. A meta do Programa de enfrentar a violência intrafamiliar como fenômeno complexo e multicausal, potencializado por outras formas de violência e estudos desenvolvidos nas áreas de prevenção à violência confirmam que os cuidados físicos, estímulos cognitivos e aspectos emocionais na primeira infância, desde a concepção, estão na gênese do bem-estar psicológico, social e biológico dos adultos.

Nesse sentido, e para estimular a participação das gestantes no programa, também foi instituído um incentivo, denominado Incentivo ao Pré-Natal Seguro, parte integrante do PEF, que consiste em transferência de renda de R\$ 1.000,00 (hum mil reais) para a gestante apta a receber o benefício, após ter participado das atividades Educativas Formação Parental e ter atendido a todas as condicionalidades na forma da legislação vigente, com o objetivo de incentivar a participação da gestante, pais e cuidadores nas atividades educativas de Formação Parental.

Assim, desde o ano de 2020, e tendo atravessado o difícil período da pandemia da Covid 19, a qual recebeu de nossa gestão uma prioridade absoluta com políticas públicas específicas para salvar e proteger as vidas de toda a população, e também salvaguardar a economia e a renda na cidade, a política pública implantada através do Pacto Niterói Contra a Violência apresentou a redução impressionante de mais de 80% dos indicadores de criminalidade em Niterói, no período de 2018 até 2024, com redução de 67,86% em homicídios, de 75,89% no roubo de rua, de 84,68% no roubo de veículos e de 84,65% no roubo aos comércios. A sensação de segurança dos niteroienses melhorou muito e, graças a esse trabalho contínuo de todas as equipes profissionais envolvidas nos dezoito programas do Pacto, e com certeza no Programa Escola da Família, objeto de estudo e análise na presente publicação, a cidade avançou em segurança pública, figurando entre as cidades brasileiras que mais reduziram os índices de criminalidade violenta.

É preciso perseverar nas ações previstas no Pacto Niterói Contra a Violência, assegurar que não haja retrocessos e avançar para novas conquistas e realizações de políticas públicas, com base nas melhores experiências e que sejam capazes de responder ao desafio da violência urbana, proteger a vida de toda a população e fortalecer nas famílias e na sociedade a cultura da paz.

Nossos cumprimentos e agradecimentos especiais a todos(as) profissionais que atuam no Programa Escola da Família, atualmente implantado em 92% da rede pública de Atenção Primária em Saúde, e em todos os programas no âmbito do Pacto Niterói Contra a Violência, que contribuíram na sua concepção e na implantação e que continuam atuando, protegendo a vida e promovendo sempre a cultura da Paz em nossa sociedade.

Vamos avançar nos caminhos da Paz!

APRESENTAÇÃO



É com grande satisfação que apresentamos este livro, que reúne uma coleção de capítulos relacionados ao **Projeto Escola da Família: promovendo práticas parentais com afeto, sem violência** e discussões teóricas sobre a parentalidade das populações vulneráveis. O livro é composto de quinze capítulos, que colocam em destaque os desafios do trabalho da saúde no campo da parentalidade.

Diante da necessidade de enfrentamento à situação de violência vivenciada no município de Niterói, a Prefeitura elaborou, em 2018, de forma participativa, o *Pacto Niterói Contra a Violência* (PNCV). Este plano inovador de Segurança Pública articula diferentes setores e secretarias municipais e está estruturado nos eixos de Prevenção; Policiamento e Justiça; Convivência e Engajamento dos Cidadãos; e Ação Territorial Integrada. No âmbito do eixo Prevenção, coube à Fundação Municipal de Saúde o desenvolvimento do **Projeto Escola da Família: promovendo práticas parentais com afeto, sem violência**, em resposta a indicadores epidemiológicos desfavoráveis sobre violência intrafamiliar contra crianças de 0 a 9 anos, cujos principais autores eram os próprios pais.

O capítulo inaugural intitula-se *Projeto Escola da Família: promovendo práticas parentais com afeto, sem violência*. Com autoria de Maria Jose Soares Pereira, Maria Angélica Duarte Silva, Ana Eppinghaus, Vinícius Mendes da Fonseca Lima, Maria das Graças Silva Raphael, Luciano dos Santos Avelar, Adriana Tereza Soares da Costa, Fayana dos Santos Moraes Pereira e Claudia Marcia Osório Xavier de Almeida, as/os autoras/es abordam o desafio da violência intrafamiliar que convocou ações preventivas e intersetoriais no município de Niterói para o enfrentamento

da situação de violência que atinge de modo acentuado crianças nos primeiros anos de vida.

Na sequência temos o capítulo *A experiência de uma eMulti/Nasfna escola da família*, de autoria de Amanda de Souza Facce, Ana Claudia Rodrigues Nogueira, Ana Tainara da Silva e Silva, Elizabeth Peixoto Mouzinho, Larissa Nascimento Armindo e Raquel D Paula Gonçalo da Silva. As autoras destacam as contribuições da formação do Programa *Escola da Família: promovendo práticas parentais com afeto, sem violência*, que possibilitou o início do projeto no Módulo Médico de Família (MMF) Vital Brazil, com a oferta de uma oportunidade de troca de informações entre o grupo de profissionais, gestantes e rede de apoio.

O terceiro capítulo, *Determinantes sociais no território e os impactos na saúde pública*, de autoria de Jéssica Emanoeli Moreira da Costa, Mariana de Sousa e Silva, Ingrid Fernandes dos Santos e Katia Tarouquella Brasil, propõe uma discussão sobre os determinantes sociais como classe social, gênero, questões raciais e fatores psicossociais e seus impactos na atenção à saúde pública, a partir do Programa Escola da Família implantado pelo município de Niterói, Rio de Janeiro.

O capítulo quarto, intitulado *Prevenção da Violência contra Crianças e Suas Mães: Redução de Riscos e Fortalecimento de Fatores Protetivos*, de autoria de Aline Tarouquela Matias e Melissa de Azevedo Xavier da Silva, analisa os efeitos da intervenção a partir da percepção de 34 mulheres participantes do programa em 28 unidades de saúde da cidade de Niterói, no estado do Rio de Janeiro.

O quinto capítulo, *Entre o Mito e o Desejo: A Maternidade na Psicanálise e nas Políticas Públicas de Saúde*, de autoria de Márcia Cristina Maesso e Thamyris Pimentel da Fonseca, busca articular as experiências da formação do Projeto *Escola da Família: promovendo práticas parentais com afeto, sem violência* no município de Niterói como um espaço de sensibilização para os profissionais de saúde no encontro com as mulheres no período perinatal.

O capítulo seguinte, *Formação em Saúde Mental na Parentalidade e o papel dos dispositivos de imagem*, de autoria de Ághata Ferreira de Sousa, Katia Tarouquella Brasil e Alessandra da Rocha Arrais, apresenta

uma pesquisa qualitativa sobre o uso do dispositivo de imagens no contexto da formação de profissional de saúde.

O capítulo sétimo, *Implantação do Programa Escola da Família: uma tecnologia inovadora em saúde*, de autoria de Bruno Cabral Coser, David Macedo Rodrigues Filho, Jéssica Emanoeli Moreira da Costa, Sandra Cabral e Maycon Rodrigo da Silveira Torres, os/as autores/as analisam a implementação do Programa Escola da Família como uma política pública em saúde, enquanto tecnologia social inovadora, na prevenção da violência contra mulheres gestantes e puérperas.

No oitavo capítulo, *O pós-natal psicológico no SUS: estratégia de cuidado em saúde mental materna em casos de violência sexual*, de autoria de Elen Carioca Zerbini e Alessandra da Rocha Arrais, as autoras apresentam o Pós-Natal Psicológico (Ponp) voltado para o período puerperal e para construção da parentalidade.

O capítulo nove, intitulado *O Programa Escola da Família e a formação de profissionais de saúde no âmbito do SUS: apostas ético-metodológicas e seus impactos*, de autoria de Paloma Meirelles, Carolina Sarzeda e Sandra Cabral, as autoras trazem as práticas da formação em parentalidades na saúde em seu compromisso com as políticas públicas de formação permanente e com opções metodológicas ativas, dialógicas, baseadas na sensibilização do profissional de saúde para a reflexão sobre seu trabalho.

O décimo capítulo, *Parentalidade vulnerável e o uso do dispositivo com fotografias como um espaço de troca grupal na atenção primária*, de autoria de Ingrid Fernandes dos Santos, Katia Tarouquella Brasil e Eliana Rigotto Lazzarini, as autoras trazem as práticas da formação em parentalidades na saúde em seu compromisso com as políticas públicas de formação permanente e com opções metodológicas ativas, dialógicas, baseadas na sensibilização do profissional de saúde para a reflexão sobre seu trabalho.

No capítulo 11, *Parentalidade, afeto e resistência: caminhos e desafios para uma relação parental não violenta*, de autoria de Thaís Moratti e Mônica de Rezende, as autoras propõem uma análise crítica das relações parentais, articulando amor, cuidado e violência a partir da interseccionalidade entre raça, gênero e classe.

O capítulo 12, Perfil das usuárias do Projeto Escola da Família de uma unidade de Saúde da Fundação Municipal de Saúde de Niterói/RJ, tem autoria de Sérgio Aboud, Wagner Valentim de Alão, Claudia Marcia Osório Xavier de Almeida, Ingrid dos Santos Abrão, Vanessa dos Santos Andrade, Arnold Vasconcelos R. de Assis, Marcela Kiill Rios de Freitas, Lorena de Cássia dos Santos Florentino, Ana Beatriz Meziara Garcia, Millena Mendonça Andrade Paes Leme, Emilly Silva Ramos, Luciana Rodrigues da Silva e Kathelin R. Carvalho de Souza. Este capítulo apresenta uma análise do perfil socioparental das gestantes atendidas pela Policlínica Regional de Saúde Dr. Guilherme Taylor March, em Niterói/RJ, no âmbito do Projeto Escola da Família.

O capítulo 13, *Relato de experiência da estratégia de monitoramento Proativo no Programa Escola da Família, no município de Niterói/RJ*, de autoria de Cláudia Márcia O. X. de Almeida e Patrícia Teixeira Guerra Ferreira, as autoras apresentam a experiência dos monitoramentos nas unidades de Atenção Básica de Saúde (APS) da Vice-Presidência de Atenção Ambulatorial e de Família (Vipacaf) e da Fundação Estatal de Saúde de Niterói (FeSaúde), da Fundação Municipal de Saúde do Município de Niterói para avaliar a aplicabilidade do Projeto Escola da Família (PEF).

O penúltimo capítulo do livro, intitulado *As violências contra mulheres e seus bebês como expressões estruturais: uma revisão narrativa da violência obstétrica no contexto brasileiro*, a autora, Marcele Zveiter trata do tema das violências contra mulheres e seus bebês sob uma perspectiva histórica e estrutural.

Finalizando o livro, temos no capítulo 15 *A escuta em psicanálise: contribuições às ações multiprofissionais em perinatalidade e parentalidade*, das autoras Maria Fernanda Campos Gonçalves, Cintia Lobato e Daniela Scheinkman, a busca por compreender as relações parentais na atualidade, a vulnerabilidade psicológica da mãe e da família no ciclo gravídico-puerperal (gestação-parto-puerpério).

Este livro é uma coletânea que reflete o compromisso de uma Política Pública em Saúde, a partir do **Projeto de formação Escola da Família: promovendo práticas parentais com afeto, sem violência** no

município de Niterói A formação pretendeu fomentar a produção de conhecimento e um novo tipo de interação entre os profissionais da saúde e os usuários, ampliando o escopo da intervenção no campo do enfrentamento da ocorrência de violência intrafamiliar.

PROJETO ESCOLA DA FAMÍLIA: PROMOVENDO PRÁTICAS PARENTAIS COM AFETO, SEM VIOLÊNCIA - RESULTADOS E DESAFIOS DE UMA EXPERIÊNCIA INOVADORA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE NITERÓI - RJ



Maria Jose Soares Pereira

Maria Angélica Duarte Silva

Ana Eppinghaus

Vinícius Mendes da Fonseca Lima

Maria das Graças Silva Raphael

Luciano dos Santos Avelar

Adriana Tereza Soares da Costa

Fayana dos Santos Moraes Pereira

Claudia Marcia Osório Xavier de Almeida

1. Introdução

A violência intrafamiliar, especialmente contra crianças nos primeiros anos de vida, configura-se como um problema de saúde pública e demanda ações preventivas e intersetoriais. Em resposta a esse cenário, o município de Niterói instituiu, em 2014, o *Pacto Niterói Contra a Violência* (PNCV), estruturado em cinco eixos estratégicos. No âmbito do eixo Prevenção, foi desenvolvido o *Projeto Escola da Família: promovendo práticas parentais com afeto, sem violência*, implementado pela Fundação Municipal de Saúde.

O projeto surgiu diante de dados epidemiológicos alarmantes, que indicavam altas taxas de negligência e violência física, psicológica e sexual contra crianças de 0 a 9 anos, com a maioria dos casos ocorrendo no ambiente doméstico e tendo pais e mães como agressores (FMS2018).

Também foram registrados casos de violência contra gestantes, reforçando a necessidade de intervenções desde o pré-natal.

Alinhado ao Marco Legal da Primeira Infância e à Política Nacional de Promoção da Saúde, o projeto visa qualificar as práticas parentais por meio de ações educativas, formativas e intersetoriais, com foco nos primeiros mil dias de vida da criança. Com base técnica consolidada, apoio institucional e financiamento municipal, a proposta busca articular saúde, segurança pública e cultura de paz, tornando-se referência na prevenção primária das violências e na promoção de vínculos afetivos seguros.

2. Desenvolvimento

2.1. Contexto

A experiência do Projeto Escola da Família surgiu no âmbito do “Pacto Niterói Contra a Violência” (PNCV), instituído pela Prefeitura de Niterói em 2018 como parte do Plano Municipal de Segurança Pública. O PNCV foi elaborado de forma participativa, com apoio técnico do **Instituto Cidade Segura**, da **Comunitas** e do **Instituto Argumento**, instituições que contribuem de maneira significativa para a formulação, apoio e avaliação de políticas públicas, cada uma com ênfase em segurança cidadã, inovação governamental e pesquisa aplicada ao desenvolvimento social, expresso mediante Nota Técnica em 2018 (COMUNITAS, INSTITUTO CIDADE SEGURA; INSTITUTO ARGUMENTO, 2018), estruturado em quatro eixos: Prevenção; Policiamento e Justiça; Convivência e Engajamento do Cidadão; Ação Territorial Integrada, conduzido sob a gestão do Prefeito do município de Niterói.

A referida Nota Técnica serviu de base para o desenho inicial do Observatório de Segurança de Niterói (OSPNI) e do Centro Integrado de Segurança Pública (Cisp). Contribuiu para posicionar a prevenção nas primeiras linhas do programa municipal, influenciou a criação do Pacto Niterói Contra a Violência, com eixos estruturantes em governança colaborativa, dados, tecnologia, e participação social.

GOVERNANÇA PACTO NITERÓI CONTRA A VIOLÊNCIA¹



Com base em um diagnóstico aprofundado sobre a violência no município — que incluiu análise de indicadores criminais, sociais e de saúde, além de pesquisa de vitimização — identificou-se um cenário alarmante: altos índices de violência intrafamiliar contra crianças, adolescentes e gestantes (PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI, 2018). De acordo com dados epidemiológicos do Relatório Técnico da Coordenação de Vigilância em Saúde de Niterói, elaborado com base no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), no módulo de Violência Interpessoal e Autoprovocada (FMS, 2018), entre as crianças de 0 a 9 anos, 53,08% dos casos registrados referem-se à negligência, 18,92% à violência física e 15,50% à violência sexual. Os principais agressores identificados foram os próprios pais e mães, sendo o domicílio o principal local de ocorrência das violências.

1 Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI. *Apresentação Pacto Niterói Contra a Violência – PNCV 2025*. Niterói: Prefeitura Municipal de Niterói, 2025.

No mesmo Relatório Técnico, 149 gestantes residentes em Niterói foram vítimas de violência, com predominância dos tipos físico (37,55%), psicológico (22,36%) e sexual (18,99%). O perfil dos agressores indicou, majoritariamente, homens e cônjuges. Tais dados revelam uma realidade de extrema vulnerabilidade, reforçando a necessidade de políticas públicas que atuem de forma preventiva e intersetorial.

Diante desse cenário, a Fundação Municipal de Saúde assumiu a responsabilidade em desenvolver o Projeto Escola da Família, vinculado ao eixo Prevenção do PNCV. A iniciativa tem como público prioritário gestantes do Pré-Natal da Rede de Atenção Primária à Saúde (APS), com ênfase nos primeiros 1.000 dias de vida da criança, período considerado crítico para o desenvolvimento físico, emocional e social, segundo diretrizes da Rede Cegonha e do Marco Legal da Primeira Infância, ressaltando o compromisso com a prevenção às violências desde o princípio da vida.

A base normativa e técnica do projeto contempla uma ampla gama de referências, incluindo:

- Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006);
- Rede Cegonha (BRASIL, 2011);
- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS 16, meta 16.2 (NAÇÕES UNIDAS, 2015);
- Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990);
- Marco Legal da Primeira Infância (BRASIL, 2016);
- Linha de Cuidado da Saúde para Situação de Violência (BRASIL, 2010);
- Plano de Cuidados para o Desenvolvimento na Primeira Infância (BRASIL, 2018);
- Portarias da Rede Nacional de Prevenção das Violências e de Atenção Integral às Mulheres e Crianças vítimas de violência.

Além do contexto epidemiológico, foram determinantes para a implementação do projeto:

- O compromisso político do município com políticas de longo prazo;
- A inclusão do projeto nos instrumentos de planejamento (PPA, LDO, LOA, PMSP, PAS);
- A estrutura de cogovernança do PNCV, com participação de múltiplas secretarias e instâncias da sociedade civil;
- A existência de uma rede de 54 unidades de Atenção Primária à Saúde em Niterói.
- Entre os desafios a serem enfrentados, destacaram-se:
 - A naturalização da violência contra crianças e mulheres;
 - A prevalência de práticas parentais autoritárias e negligentes;
 - A fragilidade das redes de proteção;
 - O desconhecimento, por parte de profissionais, sobre os fundamentos da parentalidade positiva e prevenção à violência.

A construção do projeto foi sustentada por parcerias estratégicas, como a colaboração com a Comunidas, apoio institucional da Coordenação Geral do PNCV, integração com o Observatório de Segurança Pública (OSPNI), a Secretaria da Mulher de Niterói e a Urban95, iniciativa da Fundação Bernard Van Leer, instituição independente holandesa voltada ao desenvolvimento da infância, atuando globalmente para promover sociedades inclusivas por meio do apoio a crianças pequenas, cuidadores e comunidades, no contexto da Primeira Infância.

A governança do projeto exigiu adequações estruturais e normativas: formação de grupos de trabalho intersetoriais; articulação com áreas técnicas da saúde incluindo Programa Médico de Família, Coordenação de Vigilância em Saúde-Covig, Departamento de Supervisão Metodológica - Desum/Vipacaf e as respectivas Áreas Técnicas: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Prevenção à violência, entre outras; aprovação no Conselho Municipal de Saúde; regulamentações legais; e permanente alinhamento com setores de planejamento, jurídico e controle interno. Essa base técnica, institucional e política viabilizou a formalização e implementação do Projeto Escola da Família como uma política pública estruturada, inovadora e sustentável.

2.2. Desenho Estruturante do Projeto

O Projeto Escola da Família integra o conjunto de ações do eixo Prevenção do Pacto Niterói Contra a Violência e tem como foco o enfrentamento da violência intrafamiliar como um fenômeno complexo, multicausal e de relevância para a Saúde Pública. A proposta baseia-se na promoção de práticas parentais positivas com afeto e sem violência, especialmente nos primeiros 1.000 dias de vida da criança — do início da gestação ao segundo ano de vida.

A experiência reconhece que os vínculos familiares são marcados por contradições e que atitudes negativas podem coexistir com gestos de cuidado. Por isso, as intervenções propostas são fundamentadas em abordagens sensíveis e não reducionistas, capazes de acolher a complexidade das relações parentais. A ênfase está na ressignificação dos vínculos entre mães, pais, cuidadores e crianças pequenas, sobretudo em contextos de alta vulnerabilidade social, como famílias em situação de rua ou com histórico de violação de direitos, considerando o contexto cultural e transgeracional, econômico e social.



2.2.1. Elementos Constituintes do Projeto

Objetivo Geral

Promover, durante o acompanhamento do pré-natal, a qualificação das práticas parentais com base no afeto e na não violência, por meio da implementação de atividades educativas e intersetoriais, com vistas à redução e prevenção da violência intrafamiliar, agregando valor às ações de promoção da saúde e cultura de paz na Atenção Primária em Saúde (APS) do município de Niterói.

Público-Alvo

Gestantes residentes em Niterói atendidas pelo pré-natal na rede pública de Atenção Primária em Saúde, além de pais e cuidadores envolvidos no processo de cuidado à criança.

2.2.2. Referencial Teórico-Metodológico

A concepção do projeto partiu da necessidade de um referencial teórico-metodológico estruturado para orientar as intervenções. Inicialmente, o Grupo de Trabalho Escola da Família utilizou como base a Nota Técnica elaborada pela Comunitas, complementada por revisão de literatura, análise de dados estatísticos, experiências exitosas nacionais e internacionais, participação em eventos técnicos e formações sobre parentalidade, prevenção da violência e políticas públicas da primeira infância.

Estudos apontam que práticas parentais autoritárias ou negligentes comprometem o desenvolvimento infantil e aumentam o risco de comportamentos agressivos e dificuldades socioemocionais (GERSHOFF, 2002; GOMIDE, 2006; BAUMRIND, 1971). Segundo Gershoff (2002), há evidências robustas de que punições físicas e práticas coercitivas estão associadas a maiores níveis de agressividade e transtornos comportamentais.

Em contrapartida, práticas baseadas no afeto, na escuta e na disciplina positiva promovem segurança emocional e favorecem o desenvolvimento da resiliência infantil (SEARS; SEARS, 2001; CYRULNIK, 2004). Cyrulnik (2004) ressalta que vínculos afetivos seguros são determinantes para a superação de adversidades na infância.

A escuta empática, como enfatiza Rosenberg (2006), é essencial para o fortalecimento das relações entre pais e filhos e para a construção de ambientes familiares mais acolhedores. De forma complementar, UNICEF (2017) e OMS (2002) destacam que práticas parentais sensíveis e positivas atuam como importantes fatores de proteção ao desenvolvimento infantil.

O autor José Martins Filho participou como organizador do livro “A participação dos bebês e das crianças bem pequenas e a prática da docência no contexto da Educação Infantil” (2016), com Ana Cristina Delgado (edição de 2013, mas amplamente citada em 2016). Ele também organizou obras anteriores sobre educação infantil, como “*Criança pede respeito*” (BRASIL, 2005). No entanto, o estudo de 2016 refere-se à análise da participação infantil em ambientes educativos.

Segundo Martins Filho (2016), estilos parentais autoritários e negligentes podem afetar negativamente o desenvolvimento emocional da criança, enquanto práticas pautadas no afeto e no respeito fortalecem os vínculos familiares e a saúde mental infantil.

Outro autor importante nesse campo é Yves de La Taille, que discute o papel da autoridade, do afeto e da ética na formação infantil. Segundo o autor, o “desenvolvimento moral e emocional da criança depende de uma combinação entre afeto, escuta ativa e limites consistentes” (DE LA TAILLE, 2006).

Destaca-se o artigo “Desenvolvimento humano: contribuições da Psicologia Moral” (DE LA TAILLE, 2007) publicado na *Psicologia USP*, no qual La Taille examina o papel da afetividade (ex. vergonha, honra) na moralidade, relacionando-a ao desenvolvimento humano.

Barroso e Machado (2010) definem a parentalidade como o conjunto de “tarefas propositadas no sentido de assegurar a sobrevivência e o desenvolvimento da criança”, em múltiplas dimensões — física,

psicológica e social. Além disso, enfatizam que essas atividades são moldadas por pré-requisitos pessoais, contextuais e culturais, tornando o conceito dinâmico e complexo.

Inspirados em Hoghugh (2004), Bronfenbrenner (1979) e Belsky (1984), Barroso e Machado apresentam um modelo com 11 dimensões organizadas em três categorias principais permitindo analisar a parentalidade sob múltiplos níveis: micro (individual), meso (família e redes próximas) e macro (contexto cultural e institucional), saber:

- Atividades parentais - Incluem cuidados cotidianos (alimentação, higiene, segurança), disciplina, suporte ao desenvolvimento e socialização.
- Áreas funcionais - Refletem o impacto dessas atividades nos domínios infantil: saúde, afetividade, cognitivo, valores morais e autonomia.
- Pré-requisitos - Conjunto de fatores inerentes aos pais/cuidadores (como conhecimentos, competências, motivação e suporte social) e do ambiente familiar e comunitário (como recursos econômicos, rede social, cultura e políticas públicas).

Barroso e Machado destacam que, para além das atividades, é preciso compreender o que condiciona o desempenho das funções parentais, considerando uma perspectiva biopsicossocial. Influências genéticas são apontadas, mas o foco recai sobre variáveis ambientais — como condições econômicas, suporte social, educação e crenças culturais, que podem favorecer ou comprometer práticas parentais.

Diante do exposto, destacam-se como fundamentos do projeto: a importância dos primeiros 1.000 dias de vida para o desenvolvimento cognitivo, emocional e neurológico da criança, a influência dos estilos parentais (permissivo, autoritário, negligente e participativo) na constituição dos vínculos familiares, o conceito de “parentalidade” como o conjunto de ações intencionais voltadas ao desenvolvimento e proteção da criança com ênfase nas funções parentais e na intergeracionalidade,

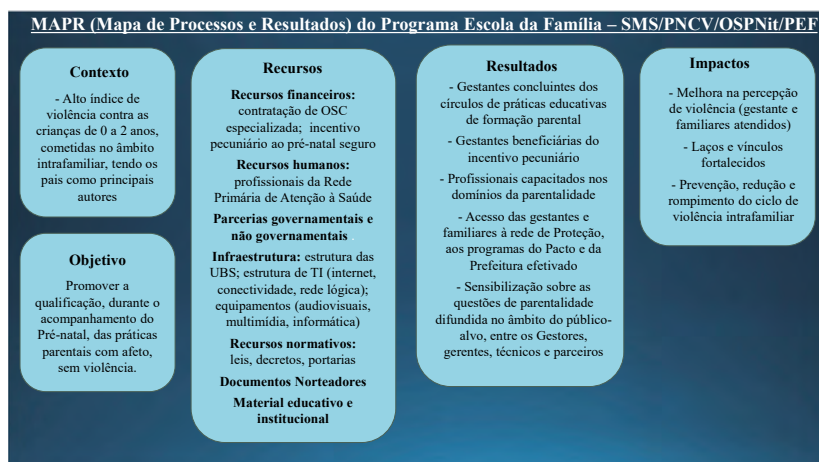
além das condições econômicas, suporte social, educação e crenças culturais, que podem favorecer ou comprometer práticas parentais.

2.2.3. Estratégias estruturantes da implementação

A estrutura de implementação do Projeto Escola da Família foi organizada inicialmente em 03 (três) dimensões. A partir da readequação pós pandemia passou para 05(cinco) dimensões:

I. Planejamento e Gestão:

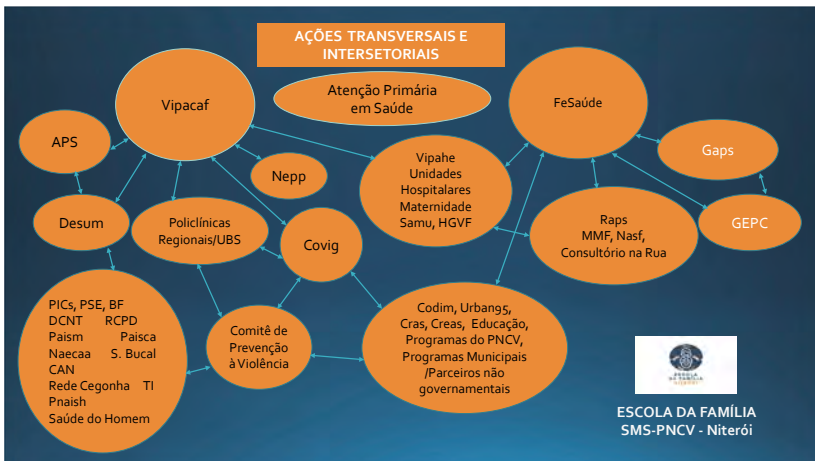
- A. Elaboração do Mapa de Processos;
- B. Inclusão do projeto nos instrumentos de planejamento (PPA, LDO, LOA, PMSP - Meta 35);
- C. Recursos orçamentário e financeiro estimados em R\$ 6.000.000,00 para o custeio do Incentivo ao Pré-Natal Seguro e o Convênio para com a Organização da Sociedade Civil (OSC) para realização da Formação Parental;
- D. Marco normativo com base em leis, decretos e portarias específicas;
- E. Produção de documentos norteadores e fluxos operacionais.



II. Dimensão do Cuidado Integral na Prevenção Primária:

- A. Ciclo de Práticas Educativas com gestantes, pais e cuidadores, composto por oito encontros temáticos, promovendo uma abordagem dialógica sobre parentalidade, vínculo, comunicação não violenta, prevenção da violência, aleitamento, alimentação saudável, paternidade ativa, entre outros.
- B. Ações intersetoriais e transversais articuladas entre a Saúde, os programas do PNCV, a Secretaria da Mulher de Niterói, a Política da Primeira Infância e a rede de proteção social.

A transversalidade e intersetorialidade conformam a base estrutural do desenho do Projeto Escola da Família.



III. Incentivo ao Pré-Natal Seguro – estratégia de estímulo à participação:

- A. Benefício financeiro concedido às gestantes que participam do ciclo de encontros e cumprem as condicionalidades estabelecidas por lei.
- B. Instrumentos legais:

- **Lei nº 3.683, de 4 de janeiro de 2022.** Institui o Incentivo ao Pré-Natal Seguro no Município de Niterói e dá outras providências (NITERÓI, 2022) e **Decreto nº 14.510, de 16 de fevereiro de 2022.** Regulamenta a Lei nº 3.683/2022 (NITERÓI, 2022).

IV. Formação Parental dos Profissionais da APS:

- A. Formação Parental de até 500 profissionais da Atenção Primária em Saúde, em parentalidade, comunicação não violenta, cuidados responsivos e prevenção à violência.

V. Monitoramento, Avaliação e Gestão da Informação:

- A. Utilização de instrumentos padronizados (formulários online e impressos, planilhas, relatórios, bancos de dados);
- B. Acompanhamento sistemático pelas áreas técnicas e de planejamento da Saúde, pelos órgãos de gestão do PNCV e Prefeito.
- C. Apoio técnico do Observatório de Segurança Pública de Niterói e da Seplag.

2.3. Processo de implantação e implementação

A implementação do Projeto Escola da Família seguiu um conjunto de etapas articuladas ao seu desenho teórico-metodológico, o planejamento com as áreas de gestão, técnicas e financeira, da saúde e da gestão intersetorial, tendo por referência os instrumentos de planejamento do município e da saúde.

O processo iniciou-se com a formalização institucional da proposta, incluindo sua aprovação no Conselho Municipal de Saúde. Em seguida, foram definidos os fluxos operacionais e documentais, capacitação dos profissionais da APS, oficinas de implantação com os gestores e equipes locais realizadas pela gerência do Projeto com disponibilização dos documentos norteadores.

A capacitação dos profissionais da APS foi realizada pela Organização da Sociedade Civil (OSC) Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos - Finatec, selecionada através de Edital de Chamamento Público, sendo a parceria realizada com a Fundação Municipal de Saúde de Niterói, através de Termo de Colaboração 01/2021, com base no Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (MROSC).

O processo de implantação nas unidades de saúde foi progressivo, conforme os profissionais iam sendo capacitados e recebiam as orientações e materiais operacionais. Cada equipe foi responsável por adaptar e operacionalizar o projeto em seu território, informando as gestantes sobre os objetivos, etapas e benefícios da iniciativa, realizando o cadastro, entrevistas de acolhimento socioparental, encontros educativos, solicitando o pagamento do incentivo às gestantes habilitadas ao recebimento, conforme os critérios estabelecidos na legislação vigente.

2.3.1. Principais Dificuldades e Estratégia de Superação nos Caminhos da Implementação

A principal dificuldade enfrentada foi a interrupção do projeto em 2020 devido à pandemia de Covid-19. A paralisação afetou a continuidade das ações, o orçamento previsto e a operacionalidade das unidades de saúde.

O início da implementação do Projeto junto às gestantes acompanhadas pelo Consultório na Rua, como piloto, em novembro de 2019 — ainda que interrompido em março de 2020, com quatro beneficiárias habilitadas ao recebimento do Incentivo — possibilitou vivenciar, desde então, a relevância da proposta junto a mulheres em situação de extrema vulnerabilidade.

Os depoimentos dessas gestantes evidenciaram a importância do Projeto em suas vidas, destacando o acolhimento recebido, o resgate de vínculos familiares e a troca de experiências entre participantes que compartilham realidades semelhantes. Essa escuta sensível e

concreta fortaleceu a convicção de que o Projeto deveria ser priorizado e amplamente defendido como uma estratégia essencial de cuidado e proteção.

Dessa forma, todas as oportunidades foram aproveitadas para defender a continuidade do Projeto e assegurar a previsão orçamentária necessária para seu custeio. Foram utilizados todos os espaços pertinentes e possíveis para mobilizar apoio à sua permanência, contando, ainda, com a sensibilização dos gestores do PNCV e da área da Saúde.

Com a retomada gradual das atividades, no contexto do “novo normal”, o projeto foi reposicionado como prioridade política e técnica. Neste contexto, o Projeto Escola da Família foi retomado com orçamento garantido para o seu custeio, incluindo a retomada do Edital de Chamamento Público para seleção da OSC que seria responsável pela Formação Parental e o custeio do incentivo ao Pré-Natal Seguro. A OSC selecionada, Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos-Finatec, fez as adequações necessárias no Plano de Trabalho, incorporando a forma híbrida (presencial e *online*) para realização das oficinas de Formação Parental.

Concomitantemente, foi retomado o projeto, na forma de um 2º piloto, na Policlínica Regional Dr. Guilherme Taylor March, por ser uma unidade que teve condições operacionais de sustentar a implementação do Projeto, com adequações na metodologia, passando a utilizar recursos tecnológicos como reuniões *online* para realização das atividades educativas junto às gestantes, além de dar sustentabilidade para testar a implementação dos documentos operacionais.

Desta forma, foram reunidas as condições necessárias para o lançamento Oficial do Projeto Escola da Família: promovendo práticas parentais com afeto, sem violência, em 1º de junho de 2022.

A divulgação do projeto às gestantes ocorre no início do pré-natal nas Unidades de Atenção Primária em Saúde. Os profissionais de saúde informam sobre os objetivos do projeto, os critérios de adesão, os encontros educativos e os benefícios vinculados. A comunicação também se dá por meio de oficinas, materiais explicativos, rodas de conversa e articulação com lideranças locais e conselhos de saúde.

2.3.2. O lugar do Monitoramento e Avaliação

O monitoramento e avaliação (M&A) são parte fundamental da estratégia de gestão do Pacto Niterói Contra a Violência, coordenado pelo Observatório de Segurança Pública de Niterói. No âmbito da saúde. A Subsecretaria de Planejamento (Subplan) acompanha o cumprimento da Meta 35 (Projeto Escola da Família) do Plano Municipal de Saúde Participativo. Fazendo parte do escopo da estrutura de monitoramento e avaliação, o Projeto é monitorado pela Secretaria de Planejamento e Gestão (Seplag).

No nível operacional, o monitoramento é realizado pela Gerência do Projeto em articulação com as unidades de saúde e áreas técnicas, por meio de ferramentas padronizadas:

- **Instrumentos de monitoramento:**
 - Cadastro das gestantes (Google Forms)
 - Termo de Adesão e Declaração de Uso de Imagem
 - Entrevista de Acolhimento Socioparental
 - Formulário de percepção das gestantes
 - Fichas de frequência dos encontros
 - Planilhas de monitoramento do incentivo
 - Formulário de monitoramento da implementação
 - Relatórios técnicos da execução do convênio com a Finatec
- **Indicadores monitorados:**
 - Proporção de gestantes beneficiárias do incentivo
 - Proporção de unidades com o projeto implantado

Além dos dados quantitativos, o projeto também contemplou o acompanhamento qualitativo por meio de reuniões com as equipes técnicas, coordenações, comissões temáticas e instâncias de cogestão do PNCV.

Acrescenta-se a esse processo de monitoramento sistemático o estudo realizado pelo Observatório de Segurança Pública-OSPNI – “*Estudo de Avaliabilidade dos Projetos e Programas do PNCV*” – que tem como principal objetivo verificar as condições para a realização de avaliações de resultado e de impacto das iniciativas do pacto” (OSPNI, 2024).

3. Resultados, Discussão e Recomendações

O Projeto Escola da Família consolidou-se como uma estratégia estruturante e transformadora no âmbito da Atenção Primária em Saúde no município de Niterói, sendo reconhecido como modelo de prevenção à violência intrafamiliar, a partir da gestação. A iniciativa evoluiu de um projeto para um programa institucional, incorporado aos fluxos do pré-natal, fortalecendo as ações de prevenção às violências no território e integrado às diretrizes da saúde e da segurança pública.



3.1. Principais resultados alcançados (2019–2025)²:

- 881 gestantes beneficiadas com o Incentivo ao Pré-Natal Seguro;
- 434 profissionais capacitados nos domínios da parentalidade e prevenção à violência;
- 22 Oficinas de Formação Parental realizadas em formato híbrido;
- 92% das unidades com o projeto implementado;

2 Fonte: Banco de dados do Projeto Escola da Família - SMS/FMS/Subredes-Vipacaf-FeSaúde, 2025. Dados sujeitos a revisão.

- Monitoramento da implementação do Projeto realizado nas unidades básicas de saúde e nos Módulos do Médico de Família.
- 3 notificações formais de gravidez em menores de 14 anos, transformando o projeto em unidade notificadora.
- 1.509 cadastros realizados
- 595 Entrevistas de acolhimento realizadas
- 333 registros de percepção da gestante sobre o Projeto Escola da Família

Quanto aos instrumentos norteadores, destaca-se os resultados obtidos a partir da avaliação preliminar dos dados do cadastro das gestantes no Projeto, a Entrevista de Acolhimento Socioparental e a percepção das gestantes. Estes três documentos, além da planilha de monitoramento do Incentivo ao Pré-Natal Seguro formam o banco de dados do Projeto Escola da Família.

Cabe ressaltar que os estudos sobre os dados, a partir dos documentos norteadores, se encontram em fase bem inicial e desta forma, as análises realizadas de forma preliminar e apresentadas no presente artigo, estão sujeitas a alteração.

Contudo, ainda que de forma preliminar, é possível inferir que os dados são fundamentais para subsidiar análises possibilitando identificar os avanços e os aspectos que requerem melhorias. Desta forma, cabe ressaltar a importância dos investimentos na gestão da informação.

» **Incentivo ao Pré-Natal Seguro**

No que diz respeito ao Incentivo ao Pré-Natal Seguro (IPNS) é possível acompanhar a evolução temporal de incentivos pagos por ano, conforme demonstrativo do quadro abaixo³.

A análise dos dados extraídos da planilha de monitoramento geral do IPNS revela uma distribuição crescente do número de gestantes pagas

3 Fonte: FMS/Vipacaf/FeSaúde – *Projeto Escola da Família. Planilha de Monitoramento do Incentivo ao Pré-Natal Seguro, 2025*

ao longo dos últimos anos. Os dados indicam uma curva ascendente, com consolidação da política pública a partir de 2023.

Número de incentivos ao Pré-Natal Seguro pagos por Ano de Pagamento		
Ano de pagamento 2020-2025	Nº de Gestantes	% do Total
2020	4	0,3%
2022	30	2,6%
2023	257	22,5%
2024	271	23,8%
2025	319	28,0%
Total	881	100%

Entre 2022 e 2025 houve um crescimento expressivo, partindo de 30 gestantes pagas em 2022 para 319 em 2025. Isso reflete o avanço na organização dos processos de pagamento, registro e fortalecimento institucional da linha de cuidado materno-infantil.

Os registros iniciais em 2020 e 2022 refletem a fase piloto, assim como os ajustes iniciais do programa e o efetivo início do processo de implementação a partir do lançamento oficial em junho de 2022. A partir de 2023 há um aumento sustentado, indicando maior maturidade da gestão e efetividade da política. Os anos de 2023 a 2025 concentram 74,3% dos pagamentos realizados, com destaque para 2025, que já representa 28% do total, mesmo com o ano ainda em andamento.

» **Formação Parental**

A Formação Parental dos Profissionais da APS, alcançou 86% de cursistas certificados superando a meta prevista de 75%. Foram realizadas 22 Oficinas de Formação Parental superando a meta de 20. Além disso, foram produzidos materiais pedagógicos, artigos e eventos Técnicos e Científicos, conforme pactuado no Plano de Trabalho. Além disso, ampliou o debate sobre a percepção das diversas formas de

violência que acometem crianças e mulheres, em especial as gestantes. Impactou positivamente na adesão dos Profissionais no processo de implementação do Projeto Escola da Família.

Os dados demonstram que a maior parte dos(as) cursistas é composta por Agentes Comunitários de Saúde (147), seguidos(as) por Enfermeiros(as) (123) e Técnicos(as) de Enfermagem (70). Este perfil revela a predominância de profissionais da Atenção Primária à Saúde diretamente envolvidos no cuidado cotidiano das famílias, o que potencializa os efeitos das formações em práticas parentais.

A ampla adesão de profissionais da linha de frente reforça o potencial de capilarização das práticas formativas nos territórios, permitindo que o conhecimento compartilhado alcance diretamente as famílias atendidas nas UBSs e MMFs. A capacitação de profissionais que já atuam no cotidiano das comunidades favorece a transversalização da parentalidade positiva nas rotinas de cuidado e prevenção.

Ressalta-se, ainda, a participação significativa de Assistentes Sociais, Médicos(as), Psicólogos(as), Dentistas, Conselheiros de Saúde, Advogados e outros profissionais da saúde mental, assistência e educação apontando para a intersetorialidade e diversidade da equipe envolvida no projeto. Esse perfil contribui para uma abordagem mais integral e sensível das questões relacionadas à parentalidade, cuidado e prevenção da violência.

A participação de gestores, profissionais, coordenadores e estagiários(as) pode indicar uma aposta na sustentabilidade institucional, ao envolver lideranças e futuros profissionais, além de criar uma cultura organizacional voltada para a promoção de práticas parentais com afeto, sem violência.⁴

» **Cadastro das Gestantes no Projeto Escola da Família**

A partir do cadastro das gestantes que participaram do Projeto nas Unidades Básicas de Saúde e Módulos Médico Família (MMF), no

4 Fonte: Finattec – Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos. *Planilha de Monitoramento de Cursistas Certificados*. Distrito Federal, 2025.

período de 2019 a 2025, destacam-se para fins de análise preliminar os seguintes dados:

Com relação ao **Perfil Etário** das Gestantes: A maioria das gestantes cadastradas têm entre 25 e 34 anos. Há uma quantidade significativa de gestantes adolescentes entre 12 e 17 anos.

A variável **“Planejamento da Gravidez”** evidenciou dados com possibilidades de interações significativas, a saber:

- **Não planejada:** 1.028 gestantes
- **Planejada:** 278 gestantes
- **Desejada, mesmo não planejada:** 80 gestantes
- **Não planejada, mas desejada:** 58 gestantes
- **Não planejada e não desejada:** 23 gestantes

Essas respostas indicam nuances importantes entre planejamento e desejo da gestação, com possíveis implicações para as ações educativas e de apoio.

Quanto a Variável **Raça/Cor das Gestantes** Cadastradas no Projeto Escola da Família, os achados, a partir dos 1082 registros consolidados, apontam um predomínio de gestantes que se autodeclararam “pardas” e “pretas”, totalizando mais de 75% das participantes. A distribuição por categoria revela:

- Parda: 450 casos (41.59%)
- Preta: 364 casos (33.64%)
- Branca: 220 casos (20.33%)
- Não informado: 22 casos (2.03%)
- Amarela: 16 casos (1.48%)
- Outro / Não declarado: 8 casos (0.74%)
- Indígena: 2 casos (0.18%)

A partir dos dados apresentados, pode-se inferir:

- A autodeclaração como “parda” representa a maior parcela das participantes, seguida pela “preta”, configurando um perfil majoritário de mulheres negras (pretas + pardas).

- A presença de gestantes “brancas” corresponde a aproximadamente um quinto das entrevistadas.
- Casos de gestantes que se autodeclararam “amarelas” e “indígena” são minoritários.
- Há registros não informados e nenhuma das repostas anteriores, que indicam a necessidade de reforçar o preenchimento desta variável nos cadastros, evitando lacunas para análises futuras.

Este perfil evidencia a importância de políticas públicas de saúde materno-infantil sensíveis às questões étnico-raciais, considerando que mulheres negras no Brasil apresentam, segundo estudos nacionais, maior vulnerabilidade social, econômica e em saúde reprodutiva.

No que diz respeito às gestantes com deficiência, a maioria declarou não possuir deficiência, mas há registros de gestantes com deficiência nas UBS e MMF.

A análise dos principais dados referente ao **Tempo de Residência no Município** demonstra:

- Predomínio de gestantes com “10 anos ou mais de residência” no município, representando 22.55% do total.
- Participação relevante de mulheres com “menos de 5 anos de residência”(6.78%).
- Casos de “recém-chegadas” (menos de 1 ano) são minoria, mas demandam atenção especial para integração aos serviços de saúde.
- Registros “não informados” totalizando 244 casos (22.55%) indicam a necessidade de melhoria no preenchimento para qualificar as análises futuras.

Os dados preliminares apresentados constituem a síntese dos principais aspectos referente às **Condições de Saúde das Gestantes** cadastradas no Projeto Escola da Família em 2025. A análise é baseada em 1.082 registros, com números absolutos e percentuais calculados para as categorias mais relevantes, a saber:

1. Predomínio de gestantes sem condições crônicas de saúde ou limitações relevantes: 586 casos (54,16%).
2. Registros incompletos: 202 casos (18,67%).
3. Principais condições identificadas: Anemia (6,84%), Hipertensão gestacional (4,44%), Sífilis (2,40%), Diabetes gestacional (1,85%), Depressão (1,29%).
4. Comportamentos de risco e uso de substâncias: Tabagismo isolado (1,11%), Álcool isolado (0,92%), Tabaco + álcool (1,11%).
5. Condições associadas múltiplas presentes em percentuais reduzidos (<0,5%).

O perfil geral indica que a maioria das gestantes cadastradas apresentam condições estáveis no momento do ingresso no projeto. Há, contudo, presença de hipertensão gestacional, diabetes gestacional e ISTs, que requerem acompanhamento de pré-natal de risco. Casos de transtornos de saúde mental e comportamentos de risco, embora menos frequentes, reforçam a importância da integração entre atenção básica, saúde mental e assistência social. O percentual elevado de dados não informados (18,67%) evidencia a necessidade de qualificação do registro para aprimorar a vigilância em saúde materna.

Com base no exposto, destaca-se para efeitos de Análise Técnica preliminar e Implicações os seguintes aspectos:

- A presença de condições clínicas e comportamentais associadas à vulnerabilidade (como sífilis, uso de substâncias e transtornos mentais) requer ações articuladas entre saúde, assistência e proteção social.
- Esses dados reforçam a importância da abordagem integral no pré-natal e da articulação com a rede intersetorial.
- O Projeto Escola da Família pode ser uma ferramenta estratégica para prevenção agravos, promoção da saúde e fortalecimento de vínculos de cuidado.

» Entrevista de Acolhimento Socioparental

A análise quantitativa de uma base contendo 905 registros de gestantes e puérperas, coletados entre 2021 e 2025 no âmbito do Projeto Escola da Família, identificou a percepção, vivência e prática da violência a partir de entrevistas de acolhimento socioparental realizadas durante o acompanhamento do pré-natal. Segue abaixo os principais achados.

- Quanto a **Violência percebida ou sofrida**, os dados demonstram que:
 - Não reconhecem que sofrem violência: 306 casos (33,81%);
 - Relatam *bullying* escolar: 65 casos (7,18%);
 - Relatam preconceito (pela cor da pele, costumes, religião, origem ou orientação sexual): 31 casos (3,43%);
 - Relatam violência física e/ou psicológica: 23 casos (2,54%);
 - Não informaram: 76 casos (8,40%);
 - Outras respostas incluem múltiplas formas de violência relatadas de forma menos frequente.
- Entre as gestantes que relataram ter sofrido violência, no que diz respeito ao autor, os dados demonstram:
 - Parceiro(a) íntimo(a) foi identificado como o principal autor;
 - Familiares de origem figuram como a segunda fonte mais recorrente de agressões;
 - Outros agressores (no ambiente de trabalho, comunidade ou desconhecidos) apresentaram menor incidência;
 - Não informado / não se aplica foi frequente, indicando possível subnotificação ou ausência de vivência declarada.
- Outras considerações:
 - Aproximadamente 8,4% das participantes não responderam à pergunta sobre violência sofrida, evidenciando possível subnotificação.

- Parte das entrevistadas relatou múltiplas formas de violência, como física e psicológica simultaneamente, sugerindo sobreposição de fatores de risco.
- Os achados reforçam a importância de ações preventivas e de acolhimento especializado no pré-natal, sobretudo para aquelas que reconhecem vivências de violência, com articulação da rede intersetorial para garantia de proteção e apoio.

A análise revelou que a maioria das participantes não reconhece que sofreu ou sofre violência. Entretanto, observa-se verbalização de formas específicas de violência, especialmente *bullying* escolar e Preconceito (cor, costumes, aparência).

Com relação a **“Outros tipos de violência”**, destacam-se as seguintes subcategorias: Desrespeito no ambiente de trabalho: 26 casos, Rejeição ou exclusão social: 16 casos, Violência obstétrica: 3 registros recentes, ainda que subnotificados; Desrespeito aos direitos: 9 casos. O baixo número de registros pode indicar dificuldades em relatar situações sensíveis. Já os relatos de exclusão e desrespeito apontam para a persistência de desigualdades no cotidiano das gestantes acompanhadas.

As respostas relativas ao *bullying* e preconceito, especialmente entre adolescentes, pode estar associada ao fortalecimento de ações educativas e à escuta qualificada realizada nas Unidades de Saúde da Atenção Primária. Entretanto, a persistência de formas invisibilizadas de violência, como as relacionadas ao trabalho, à obstetrícia e ao acesso a direitos, exige atenção redobrada da gestão e das equipes locais.

Desta forma recomenda-se:

- Reforçar as formações em violência institucional, obstétrica e simbólica;
- Aprimorar os instrumentos de escuta e acolhimento, com inclusão de campos descritivos e perguntas abertas;

- Integrar os dados de percepção de violência às estratégias de vigilância em saúde e articulação com a Rede Intra e Intersetorial.

A análise aqui apresentada contribui para a qualificação do cuidado oferecido às gestantes no âmbito do Projeto Escola da Família, evidenciando avanços e desafios no enfrentamento à violência em seus múltiplos aspectos. A escuta sensível e o fortalecimento das redes de proteção permanecem como estratégias centrais para a promoção de uma parentalidade segura, afetiva e sem violência.

» **Percepção das gestantes sobre o Projeto Escola da Família – 2023 a 2025**

A análise preliminar dos dados coletados com 333 gestantes atendidas nas Unidades da Atenção Primária à Saúde (MMFs, UBSs e Policlínicas) demonstra uma avaliação amplamente positiva do Projeto Escola da Família. Os resultados evidenciam o reconhecimento das gestantes quanto à qualidade das atividades realizadas, aos impactos subjetivos e materiais gerados, e à atuação da equipe de saúde.

No que diz respeito **ao nível de satisfação com o projeto**, do total de 333 (trezentos e trinta e três) respostas, mais de 99% das gestantes declararam-se satisfeitas ou muito satisfeitas com a experiência vivenciada:

- **Muito satisfeitas (nota 5):** 246 (73,9%)
- **Satisfeitas (nota 4):** 86 (25,8%)
- **Neutras (nota 3):** 1 (0,3%)
- **Notas baixas (nota 1 ou 2):** 0 (0,0%)

Esse dado reforça a legitimidade do projeto como uma estratégia de fortalecimento dos vínculos entre serviços de saúde e famílias no período da gestação.

Quanto aos impactos percebidos, destaca-se a presença dos termos como *“ajudou”, “conhecimento”, “cuidados”, “filho”, “importância”* de forma mais recorrente, o que reforça o caráter formativo e afetivo

do projeto. Nos relatos abertos das gestantes foi possível destacar os principais efeitos da participação:

- Maior acesso à informação sobre saúde, direitos e parentalidade;
- Aumento do sentimento de acolhimento, escuta e proteção durante o pré-natal;
- Estímulo à reflexão sobre o cuidado com os filhos, o diálogo e a prevenção de violências;
- Valorização do incentivo ao pré-natal, que foi percebido como apoio relevante para o enxoval, organização familiar e autonomia.

Em termos de **avaliação da equipe pela gestante**, observou-se que a atuação da equipe técnica foi reiteradamente elogiada pelas gestantes, com menções à escuta, dedicação, paciência, clareza nas orientações e acolhimento humanizado.

Apesar da alta satisfação, algumas gestantes sugeriram:

- Maior frequência de encontros e temas abordados;
- Inclusão mais efetiva de pais e outros cuidadores;
- Ampliação da divulgação do projeto nas unidades e na comunidade

3.2. Impactos na Rede de Saúde, Gestão e População

Para os profissionais de saúde:

A formação parental contribui significativamente na sensibilização, assim como na ampliação do olhar dos profissionais da APS sobre a percepção da violência, o cuidado integral na primeira infância, incorporando temas como comunicação não violenta, fortalecimento de vínculos, prevenção precoce da violência, assim como os fatores sociais, culturais e transgeracionais que impactam na parentalidade, e na naturalização dos comportamentos violentos. Além disso, impulsionou o

debate sobre as ações de notificação com relação a violência obstétrica. Houve melhoria na abordagem dos profissionais com as gestantes e maior adesão na implementação do projeto.

Para a gestão pública:

O projeto qualificou o processo de trabalho do pré-natal, influenciando a revisão dos protocolos assistenciais, subsidiando a Vigilância em Saúde e fortalecendo a cultura de monitoramento e avaliação na gestão da APS. Houve integração com outras políticas públicas e programas intersetoriais do município, como a Política da Primeira Infância e a Secretaria da Mulher.

Para as gestantes e famílias:

O projeto promoveu o acesso à informação, ao acolhimento e à valorização do cuidado afetivo, contribuindo para a ruptura do ciclo da violência. A percepção das participantes apontou aumento do vínculo com os serviços, fortalecimento do autocuidado e maior participação dos pais e cuidadores nos cuidados com a criança.

3.3. Avaliação de Eficácia, Eficiência e Qualidade

A experiência demonstrou bons resultados em termos de qualidade destacando-se a melhoria das práticas de cuidado, em termos de eficácia alcançando os objetivos propostos, e eficiência com execução e uso racional dos recursos incluindo:

- Incentivo ao Pré-Natal Seguro: R\$ 862.000,00 (2019–2024) e R\$ 1.000.000,00 (previstos para 2025, em duas etapas);
- Convênio com a Finatec - OSC especializada: R\$3.659.951,40 (executado, com prestação de contas em andamento).

Os instrumentos de monitoramento permitiram mensurar os resultados, identificar gargalos e planejar melhorias contínuas. Como

experiência complexa e inovadora, requer o aprimoramento de metodologias avaliativas e avaliação dos impactos produzidos na prevenção e ou redução da violência, percebida, sofrida e reproduzida.

O Estudo de Avaliabilidade do Projeto realizado pelo Observatório de Segurança Pública reuniu subsídios técnicos para ajustes e aprimoramento contínuo da experiência com recomendações para manutenção do Projeto.

Além disso, no caso do *Projeto Escola da Família*, o estudo aponta que o projeto apresenta condições favoráveis para futura avaliação, destacando-se por: clareza nos objetivos e na teoria de mudança, maturidade da implementação, com ampla cobertura territorial, capacidade técnica das equipes envolvidas, existência de dados e registros administrativos que podem subsidiar a avaliação e importância estratégica frente aos desafios do município na prevenção à violência contra crianças e mulheres.

A análise considerou critérios como pertinência social, coerência interna, governança, viabilidade técnica e financeira, e o potencial de institucionalização da experiência. O *Projeto Escola da Família* foi recomendado como uma das iniciativas prioritárias para avaliação de impacto, sendo reconhecido como prática inovadora e replicável, com contribuição efetiva para a agenda de prevenção da violência e promoção do cuidado na primeira infância.

O estudo também aponta a importância de aprimorar os instrumentos de registro, acompanhamento e escuta das gestantes para qualificar ainda mais os dados sobre percepção de violência e os efeitos das ações educativas promovidas, assim como ampliar as reflexões sobre negligência e vulnerabilidades, paternidade ativa, entre outros.

4. Desafios e Sustentabilidade

Do ponto de vista financeiro e orçamentário, o Projeto Escola da Família demonstra sustentabilidade, com previsão de recursos nos instrumentos de planejamento municipal e da saúde (PPA, LDO, LOA e PMSP).

O Projeto está implantado em mais de 90% das unidades da APS, mas sua efetividade plena ainda está em processo de consolidação. Embora apresente avanços significativos, os efeitos de longo prazo, como a mudança de cultura e a redução sustentável da violência intrafamiliar, exigem contínuo investimento em formação, gestão da informação, infraestrutura gerencial com apoio logístico, gestão qualificada de convênio e articulação intersetorial.

A continuidade do enfrentamento dos desafios por meio de estratégias apoiadas nos dados de monitoramento tem sido crucial no processo de implementação permitindo:

- Identificação de gargalos operacionais;
- Reorganização de processos administrativos;
- Articulação entre setores estratégicos da gestão e da sociedade civil;
- Ajustes no fluxo orçamentário e financeiro;
- Atualização contínua dos instrumentos de planejamento e avaliação.

A logística de funcionamento com comissões gestoras e grupos de trabalho intersetoriais também tem sido um pilar para fortalecer a governança e a capacidade de resposta do projeto.

Entre os efeitos qualitativos observados, destacam-se: ampliação do debate sobre violência obstétrica e paternidade ativa; revisão do conceito de negligência no contexto familiar; sensibilização de profissionais e gestores, interação fortalecida com a política da Primeira Infância e programas do PNCV e construção de evidências para subsidiar políticas públicas futuras.

Cabe ressaltar que a sustentabilidade do Projeto também passa pelo reconhecimento da população usuária que valoriza a iniciativa, especialmente pela ampliação da percepção sobre direitos, acolhimento nas unidades e o fortalecimento do vínculo com os profissionais de saúde. Os relatos das gestantes indicam mudanças significativas em seus vínculos afetivos, rotinas de cuidado e atitudes parentais.

Além disso, a transparência da experiência assegurada por diversas estratégias como: devolutivas públicas do PNCV à sociedade, publicação de portarias com a lista das gestantes beneficiárias no Diário Oficial, relatórios periódicos enviados aos órgãos de gestão e planejamento e participação dos conselhos de saúde e comitês intersetoriais contribuem para o processo de sustentabilidade.

Entre os desafios estruturais para a consolidação da experiência, distribuídos entre as dimensões do projeto, destacam-se:

- **Dimensão 1 – Planejamento e Gestão:**
 - Reorganizar o fluxo de execução financeira dentro do exercício em curso;
 - Reativar o Comitê Gestor intersetorial (Covig, Vipacaf, FeSaúde, Neat, Desum, Gtir, SubRedes);
 - Garantir equipe própria para a gestão do convênio e ampliação da equipe de Gerência;
 - Ampliar a equipe gerencial do Projeto com expertise em parentalidade, avaliação e tecnologia da informação.
- **Dimensão 2 – Cuidado Integral:**
 - Institucionalizar definitivamente o Projeto Escola da Família no fluxo do pré-natal;
 - Qualificar a implementação com foco na prevenção das violências;
 - Reforçar a participação do homem no cuidado parental;
 - Repensar o conceito de negligência à luz das vulnerabilidades sociais.
- **Dimensão 3 – Formação Parental:**
 - Fortalecer a educação permanente com facilitadores locais e articuladores regionais;
 - Ampliar a formação permanente para novos profissionais da APS.
 - Fortalecimento da cultura da prevenção nas práticas profissionais cotidianas.

- **Dimensão 4 – Incentivo ao Pré-Natal Seguro:**
 - Reduzir o tempo de tramitação dos processos administrativos para pagamento do incentivo.
- **Dimensão 5 – Monitoramento e Avaliação:**
 - Aprimorar os instrumentos de coleta de dados;
 - Consolidar e qualificar o banco de dados (em curso);
 - Produzir análises avaliativas sistemáticas sobre os impactos do projeto.

4.1. Mecanismos de Sustentação a Longo Prazo

A sustentabilidade da experiência está ancorada em três eixos estratégicos, a saber:

1. Base técnica:

- Estruturação metodológica sólida e embasada em evidências;
- Integração com políticas públicas nacionais e marcos legais da Primeira Infância e da saúde.

2. Base institucional:

- Inserção nos instrumentos de planejamento e na rotina das unidades de saúde;
- Apoio permanente da gestão municipal e da coordenação intersetorial do PNCV;
- Participação da sociedade civil nos processos de formulação, controle social e monitoramento.

3. Base política:

- Reconhecimento da experiência como estratégica para promoção da cultura de paz e prevenção da violência;
- Alinhamento com a visão do Pacto Niterói Contra a Violência de tornar Niterói uma cidade segura e acolhedora desde o início da vida



5. Considerações Finais

O *Projeto Escola da Família* representa uma experiência inovadora e estruturante na Atenção Primária à Saúde, ao integrar ações de prevenção à violência intrafamiliar, práticas de promoção da saúde e fortalecimento de vínculos afetivos com práticas de proteção e prevenção no contexto da Política de Segurança Pública. Seus resultados demonstram efeitos positivos na qualificação dos profissionais de saúde, na percepção das gestantes sobre o cuidado parental e na articulação com outras políticas públicas municipais.

Embora implantado em mais de 90% das unidades da APS e reconhecido pela população usuária, a consolidação definitiva do projeto requer o enfrentamento de desafios estruturais, como a institucionalização plena no fluxo do pré-natal, ampliação e fortalecimento da equipe gerencial, o fortalecimento da educação permanente e o aprimoramento da gestão de convênio, administrativa e financeira.

A sustentabilidade a longo prazo depende da articulação contínua entre base técnica, institucional e política. O reconhecimento

da parentalidade como campo estratégico de atuação da saúde e da segurança pública reafirma o compromisso de Niterói com a cultura de paz e a valorização da vida desde o princípio da vida.

Em um contexto marcado por desigualdades e múltiplas formas de violência, experiências como o *Projeto Escola da Família* mostram que é possível transformar realidades por meio de políticas públicas humanizadas, intersetoriais e baseadas em evidências.

Ao promover vínculos afetivos seguros e romper com padrões de violência naturalizados, o *Projeto Escola da Família* reafirma a valorização da vida como eixo central de uma cultura de paz. A inovação da proposta reside em sua capacidade de superar a concepção coercitiva da segurança pública, incorporando a promoção do cuidado, o afeto e a justiça social como fundamentos de uma cidade mais segura desde o início da vida.

Referências

- BARROSO, Ricardo G.; MACHADO, Carla. Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psychologica*, Coimbra, n. 52, p. 211-229, 2010.
- BAUMRIND, Diana. Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monograph*, v. 4, n. 1, p. 1-103, 1971.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Criança pede respeito: enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 27 jun. 2011.
- BRASIL. *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 jul. 1990.
- BRASIL. *Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016*. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 mar. 2016.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Cuidados para o Desenvolvimento da Primeira Infância*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- COMUNITAS; INSTITUTO CIDADE SEGURA; INSTITUTO ARGUMENTO. *Nota Técnica: diagnóstico da violência e estruturação do Pacto Niterói Contra a Violência*. Niterói: Prefeitura de Niterói, 2018.
- CYRULNIK, Boris. *Os patinhos feios: a resiliência: uma infância infeliz não determina a vida*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- DE LA TAILLE, Yves. A importância da generosidade no início da gênese da moralidade na criança. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 9-16, 2006.
- DE LA TAILLE, Yves. Desenvolvimento humano: contribuições da Psicologia Moral. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 11-36, 2007.
- DELGADO, Ana Cristina Coll; MARTINS FILHO, Altino José (orgs.). *A participação dos bebês e das crianças bem pequenas e a prática da docência no contexto da Educação Infantil*. São Paulo: Autores Associados; Pro-Posições (Unesp), 2013/2016.
- FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE (Niterói, RJ). Coordenação de Vigilância em Saúde. *Diagnóstico Epidemiológico/Relatório técnico*. FMS/COVIG, 2018. (não publicado/arquivo interno).
- GERSHOFF, Elizabeth T. Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: a meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*, Washington, v. 128, n. 4, p. 539-579, 2002.
- GOMIDE, Paula Inez Cunha. *Inventário de Estilos Parentais (IEP): modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação*. Petrópolis: Vozes, 2006.
- KOPITKE, Alberto. *Manual de segurança pública baseado em evidências: o que funciona e o que não funciona na prevenção da violência*. Passo Fundo: Conhecer, 2023.
- MARIANA, F. (Org.). *Fundamentos da família como promotora do desenvolvimento infantil: parentalidade em foco*. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2015. p. 16-32.
- MARTINS FILHO, José. *A criança terceirizada: os riscos da terceirização da criação dos filhos*. São Paulo: Papirus, 2016.

- NAÇÕES UNIDAS. *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS. Agenda 2030. Meta 16.2: Acabar com abuso, exploração, tráfico e todas as formas de violência e tortura contra crianças*. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/16>. Acesso em: 16 jul. 2025.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA – UNICEF. *Violência contra crianças e adolescentes: análise situacional*. Brasília: UNICEF Brasil, 2006. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil>. Acesso em: 23 jul. 2025.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA – UNICEF. *Práticas parentais positivas: promover o desenvolvimento saudável de crianças pequenas*. Nova Iorque: UNICEF, 2017. Disponível em: <https://www.unicef.org>. Acesso em: 23 jul. 2025.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: OMS, 2002.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI. *Diagnóstico inicial: subsídios para o Pacto Niterói Contra a Violência*. Niterói: Prefeitura Municipal de Niterói; Instituto Cidade Segura, 2018.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI. *Estudo de Avaliabilidade dos Projetos e Programas do Pacto Niterói Contra a Violência – PNCV*. Niterói: Observatório de Segurança Pública de Niterói – OSPNIt, 2024.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI. *Pesquisa de Vitimização na cidade de Niterói-RJ*. Site do Pacto Niterói Contra a Violência, 2018.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI. *Apresentação Pacto Niterói Contra a Violência – PNCV 2025*. Niterói: Prefeitura Municipal de Niterói, 2025.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI. *Lei nº 3.683, de 4 de janeiro de 2022*. Institui o Incentivo ao Pré-Natal Seguro no Município de Niterói e dá outras providências. *Diário Oficial do Município de Niterói*, Niterói, RJ, 05 jan. 2022. Disponível em: https://www.niteroi.rj.gov.br/wp-content/uploads/do/2022/01_Jan/05.pdf. Acesso em: 22 ago. 2025.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI. *Decreto nº 14.510, de 16 de fevereiro de 2022*. Regulamenta a Lei nº 3.683/2022, que institui o Incentivo ao Pré-Natal Seguro, e dá outras providências. *Diário Oficial do Município de Niterói*, Niterói, RJ, fev. 2022. Disponível em: <https://saude.niteroi.rj.gov.br/wp-content/uploads/2024/11/241023-vconc-insub11.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2025.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde Participativo de Niterói: 2018–2021*. Niterói: Prefeitura Municipal de Niterói, mar. 2018. (Programação Anual de Saúde 2018; PMS 2018–2021).

- PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI (RJ). *Pacto Niterói Contra a Violência: cogovernança municipal para a construção das políticas públicas de proteção social, segurança pública e prevenção à violência = PNCV: volume I*. 1. ed. Niterói, RJ: Fundação de Arte de Niterói | Niterói Livros, 2022. ISBN 978-65-992086-7-6. Disponível em: <https://peaceinourcities.org/wp-content/uploads/2024/09/2-PNCV-Volume-1-e-2-Para-download-e-leitura.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2025.
- ROCHA, P. C. X.; MORAES, C. L. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Médico de Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 7, p. 3285-3296, 2011.
- ROSENBERG, Marshall B. *Comunicação não-violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais*. São Paulo: Ágora, 2006.
- SAPORI, Luís Flávio. *Segurança pública no Brasil: desafios e perspectivas*. Rio de Janeiro: FGV, 2007.
- SEARS, William; SEARS, Martha. *Disciplina: o que fazer quando os filhos nos desafiam*. São Paulo: Manole, 2001.
- SOARES, Luiz Eduardo. *Desmilitarizar: segurança pública e direitos humanos*. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2019.
- SOUZA, Luciana M. de; PEDROSA, Mônica I. M. Práticas educativas parentais e desenvolvimento infantil: contribuições da psicologia. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 3, p. 505–513, 2008.

A EXPERIÊNCIA DE UMA EMULTI/NASF NA ESCOLA DA FAMÍLIA



Amanda de Souza Facce
Ana Claudia Rodrigues Nogueira
Ana Tainara da Silva e Silva
Elizabeth Peixoto Mouzinho
Larissa Nascimento Armindo
Raquel D Paula Gonçalo da Silva

Introdução

O projeto Escola da Família foi criado como uma das propostas do Pacto Niterói contra a Violência. Esse plano foi desenvolvido em 2018, como um planejamento estratégico e intersetorial para pensar e propor novas estratégias de prevenção da violência no município, após o plebiscito do ano anterior sobre o uso de armas letais pela Guarda Municipal, que foi rejeitado pela população. Assim, a prefeitura entendeu a necessidade de implementar métodos pautados pelas ações de inteligência no combate às violências, em articulação com a Câmara de Vereadores e diversos setores da sociedade civil para encontrar projetos que estivessem de acordo com essa proposta. Deste modo, os setores da gestão pública foram organizados em quatro eixos estratégicos, que se complementam e estruturam a política proposta pelo Pacto (NITERÓI, 2022).

Entre eles a Prevenção, onde o Escola da Família está inserido, sob a responsabilidade da Saúde, uma vez que a violência intrafamiliar se trata de uma questão complexa e multifatorial, constituindo um grave problema de saúde pública. Seu objetivo é prevenir e reduzir esse tipo de violência, propondo grupos pedagógicos com gestantes, pais e cuidadores de modo geral, através da sugestão de práticas parentais que possam romper o ciclo da violência e oferecer novas alternativas no cuidado das crianças e nos papéis da parentalidade, considerando

os efeitos da relação bebê-cuidadores no desenvolvimento do sujeito ao longo da vida (NITERÓI, 2023).

O projeto é uma adequação dos Grupos de Gestantes das unidades de saúde, para um formato em que a abordagem vai além da gestação e do bebê, incluindo temas que perpassam a vida desses sujeitos.

O Caderno de Atenção Primária número 39 – que trata do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (Nasf) – reforça que os grupos são um recurso fundamental na Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que ampliam a capacidade do cuidado dos usuários, comunidade e territórios, através da promoção da educação em saúde, estimulando empoderamento, autonomia, participação e corresponsabilização dos pacientes nos seus próprios processos de saúde (BRASIL, 2014a)

A perspectiva interdisciplinar do projeto se relaciona diretamente com a proposta de uma equipe multiprofissional (eMulti)/Nasf), que são equipes compostas por profissionais de saúde de diversas áreas de conhecimento, que atuam de maneira complementar e integrada às demais equipes da APS, corresponsáveis pela população e pelo território, em articulação intersetorial e com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2023), ampliando o cuidado em saúde, incluindo aspectos psicossociais e comunitários fundamentais na constituição do sujeito.

Composta por profissionais de fisioterapia, fonoaudiologia, pediatria, psicologia e serviço social, e apoiada nesta perspectiva, a eMulti da Regional Praias da Baía 2 estruturou, em conjunto com as equipes de saúde da família (eSF), um plano de intervenção, visando promover educação em saúde através do diálogo, da orientação e da troca de informações com gestantes e suas redes de apoio, para incentivar o comparecimento às consultas de pré-natal, a adoção de práticas parentais com afeto e sem violência e contribuir para garantia do cuidado integral à criança e a gestante.

Após a eMulti e os componentes das eSF terem passado pela Formação Parental, para melhor compreensão da proposta e capacitação profissional para execução dos grupos nas unidades de saúde durante os meses de março a junho de 2024, em julho do mesmo ano, teve início a execução do projeto no Módulo Médico de Família (MMF) Vital Brazil.



Primeiro grupo do Escola da Família no MMF Vital Brazil, julho de 2024

Fonte: acervo fotográfico do Programa Escola da Família, da Prefeitura de Niterói, RJ. Veja Nota no Expediente do livro.

Metodologia

Considerando as temáticas apresentadas ao longo da formação e conforme a orientação dos supervisores do projeto, foram propostos e organizados oito encontros temáticos fixos, além de outros extras, de acordo com a dinâmica de cada grupo ou necessidades das gestantes, com a oferta de uma oportunidade de troca de informações entre o grupo de profissionais, gestantes e rede de apoio.

As reuniões dos grupos tiveram aproximadamente 1:30h de duração, geralmente conduzidos por uma profissional da eMulti e uma da eSF. Foram realizados na própria unidade ou em outro equipamento do território, como escola, associação de moradores e projeto social, uma vez que a falta de espaço adequado para a prática grupal é um fenômeno frequente nas unidades.

Durante os encontros foram abordados temas como: amamentação e alimentação saudável e equilibrada, desenvolvimento infantil, parentalidade positiva e educação não violenta, cultura da paz, sentimentos

e expectativas, direitos das gestantes, autocuidado, cuidados com o recém-nascido, pré-natal e plano de parto, cadernetas da gestante e da criança, além de planejamento reprodutivo.



Primeiro grupo da Escola da Família no MMF Preventório I, realizada no Banco do Preventório, outubro de 2024

Fonte: acervo fotográfico do Programa Escola da Família, da Prefeitura de Niterói, RJ. Veja Nota no Expediente do livro.

Diversos métodos e dinâmicas foram utilizados para construir os encontros e abordar os temas, mobilizando as usuárias para que interagissem com o grupo e compartilhassem suas experiências: contação de história, exibição de vídeos, apresentações expositivas do conteúdo proposto, rodas de conversa, colagens, desenhos, dramatizações e construção textual. A discussão da temática sobre a parentalidade positiva, com ênfase em práticas de cuidado afetivas sem violência foi transversal aos encontros.

Mesmo com diversas dinâmicas disparadoras, cada atividade pode proporcionar um espaço coletivo de trocas, através de rodas de conversa.

O formato mostrou-se promissor e cumpriu o seu papel, mesmo quando abordando um assunto não diretamente relacionado ao objetivo central da estratégia Escola da Família (BARBOSA et al., 2023; SILVA et al., 2020).



Produção das gestantes sobre representações sociais dos papéis da parentalidade

Fonte: acervo fotográfico do Programa Escola da Família, da Prefeitura de Niterói, RJ.

Foi possível observar o estabelecimento e fortalecimento do vínculo entre as gestantes e para com as unidades, e constatar a influência de experiências e padrões familiares na maternidade como um todo, em que as gestantes que traziam relatos próximos de vivências exitosas mostravam-se mais abertas e empolgadas com a experiência da amamentação, por exemplo, assim como o contrário também foi observado (BARBOSA et al., 2023; SILVA et al., 2020; SOUZA et al., 2016).

As gestantes já mães, puderam expor sobre suas experiências anteriores e colocá-las em discussão com as gestantes de primeira vez. Essa troca foi muito enriquecedora, pois além de colocar as primeiras num papel catalizador de debate, as fez questionar suas convicções, principalmente com relação à reprodução acrítica de hábitos e posicionamentos perante a criação de seus filhos, inclusive transmissão intergeracional do ciclo da violência. Com isso, surgiu uma forma de demonstrar e reforçar que padrões de desarranjos e sofrimento não precisam necessariamente se repetir. A perspectiva do grupo possibilita que, a partir do encontro entre essas pessoas e dos conhecimentos que se adquirem ao longo do caminho e que permitem nova perspectiva e postura frente aos desafios, a expansão da rede de apoio e a experiência singular de gestar, gerar e amamentar pode ser repensada e (re)construída de maneira única (BRASIL, 2014b).



Roda de conversa sobre Corpo e Sexualidade na Gestação e no Puerpério MMF Martins Torres

Fonte: acervo fotográfico do Programa Escola da Família, da Prefeitura de Niterói, RJ. Veja Nota no Expediente do livro.

Assim como o esperado, o formato grupal ofereceu um espaço onde as usuárias puderam mais do que somente utilizar os encontros para receber informações, mas também expor e compartilhar suas experiências, de modo que o vínculo pode se estabelecer entre as usuárias, as equipes e as próprias unidades de saúde (BRASIL, 2014b).

Resultados

Ao longo do ano de 2024, através do apoio matricial propiciado pela eMulti, o projeto Escola da Família foi implementado nas sete USF vinculadas à Regional. Identificamos como potencialidades:

- **O segundo grupo da unidade Vital Brazil**

A eMulti apoiou a realização dos oito encontros da primeira rodada, em conjunto com as eSF, e em um momento posterior a equipe do MMF Vital Brazil apropriou-se da condução do grupo sem tanta intervenção da equipe multiprofissional, o que consideramos como um ponto bastante positivo, uma vez que a proposta de trabalho é de apoio às equipes para que conduzam autonomamente o grupo.

- **O interesse das gestantes**

Todas as participantes dos encontros puderam compartilhar saberes, experiências, impressões, medos e expectativas acerca da gestação e dos cuidados com as crianças, mesmo as que já eram mães, reforçando a noção de que cada gestação e a relação com cada um dos filhos é singular.

Além disso, elas se colocaram disponíveis ao aprendizado para as novas informações que foram apresentadas ao longo dos encontros, podendo ouvir e trocar umas com as outras.

- **Continuidade e longitudinalidade do cuidado**

Diante da experiência promissora com a Escola da Família, a eMulti tem construído um outro projeto de intervenção visando dar

continuidade ao acompanhamento à família, com ênfase ao vínculo cuidador/criança, principalmente na fase da primeira infância.

O projeto é pautado na abordagem Cuidados para o Desenvolvimento da Criança, que foi desenvolvida pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para promover o cuidado e desenvolvimento de crianças de 0 a 5 anos. Ela aborda aspectos sobre o modelo *Nurturing Care*, depressão materna, cuidados responsivos, desenvolvimento infantil e a importância do brincar (OMS, 2012).



Gestante MMF Vital Brazil executando tarefa sobre Expectativas e Sentimentos na gestação

Fonte: acervo fotográfico do Programa Escola da Família, da Prefeitura de Niterói, RJ. Veja Nota no Expediente do livro.

A proposta é identificar através da observação, possíveis riscos de fragilidade no vínculo e no desenvolvimento da criança e orientar o cuidado, prevenindo agravos.

Essa proposta se apresenta de maneira complementar ao projeto Escola da Família, uma vez que sugere uma continuidade para pensar a parentalidade e a importância do vínculo entre o bebê/criança e as pessoas que desempenham este papel para ela, introduzindo a ludicidade na rotina dessa família. Esta abordagem busca o desenvolvimento de habilidades que estimulem cuidados responsivos e atividades de aprendizagem precoce, que possibilitam enriquecer a interação entre criança e cuidador através da comunicação responsiva e das brincadeiras.



Atividade sobre Parentalidade Positiva e Criação não Violenta MMF Jurujuba, realizada na Associação de Moradores do bairro

Fonte: acervo fotográfico do Programa Escola da Família, da Prefeitura de Niterói, RJ. Veja Nota no Expediente do livro.

Desde o início, nos deparamos com alguns impasses, porém o desejo de que a implementação do projeto desse certo nos mobilizou a tentar buscar soluções criativas que pudessem fazer com que os grupos acontecessem.

Entre os desafios, observamos:

- **Falta de espaço físico adequado nas unidades para realização das atividades**

Unidades pequenas, com pouco espaço disponível para atividades coletivas, nos impelindo a buscar outros espaços pelos territórios. Ou ainda com espaço adequado, porém com acesso limitado por escada.

- **Baixa adesão de gestantes, rede de apoio e eSF.**

A hipótese é de que haja pouco interesse da população em atividades coletivas, o que nos provoca a refletir sobre o desafio de romper com o modelo biomédico curativo, individualista, centrado na figura do médico, que ainda permeia as práticas em saúde e o imaginário social de modo que há uma desvalorização das atividades coletivas com foco na prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2014a).

Além disso, parece ser necessário intensificar a busca ativa em relação às gestantes e que as equipes de saúde reforcem ao longo das consultas de pré-natal a importância do projeto.



Primeiro grupo MMF Souza Soares, com a presença de profissionais da eSF e da eMulti

Fonte: acervo fotográfico do Programa Escola da Família, da Prefeitura de Niterói, RJ. Veja Nota no Expediente do livro.

- **Ausências dos parceiros/pais**

Culturalmente, ainda persiste a crença de que o cuidado é uma atribuição feminina e que todas as atividades que permeiam esse aspecto diriam respeito somente às mulheres (BRASIL, 2023). Assim, a parentalidade é percebida como obrigação feminina, focada no binômio mãe-bebê, desde o momento da descoberta da gestação. Para os homens, geralmente o papel ocupado na parentalidade só passa a ser reconhecido - ou socialmente exigido - a partir do nascimento do bebê, conforme pontua Santos et al. (2021, p. 775), “a concretização da paternidade é advinda da materialização do bebê”.

Por mais que essa mentalidade venha se modificando culturalmente, os papéis e expectativas de gênero relacionados à parentalidade ainda exercem influência na postura de homens e mulheres diante da gestação, nascimento e criação dos bebês. Isso se reflete também na busca pelos serviços de saúde e o acompanhamento pré-natal, onde poucos homens se envolvem com a gestação da parceira, mesmo com o esforço para incluí-los, através da estratégia pré-natal do parceiro (BRASIL, 2023).



Atividade sobre Expectativas e Sentimentos com a Chegada do Novo Bebê MMF Preventório II

Fonte: acervo fotográfico do Programa Escola da Família, da Prefeitura de Niterói, RJ. Veja Nota no Expediente do livro.

Embora alguns poucos parceiros tenham estado presentes nas USF com a parceira nas consultas para a entrevista de acolhimento socioparental, eles só acompanharam o cadastro quando convocados e mesmo com o reforço no convite para que estivessem presentes nas oficinas, ainda menos homens estiveram presentes.

- **Dificuldade de compreensão sobre o que é violência**

Em momento anterior à execução dos encontros, a proposta já se mostrava desafiadora. Desde o momento da entrevista, pudemos perceber o pouco entendimento das gestantes acerca das violências. Segundo Ribeiro et al. (2020), o desconhecimento dos conceitos relacionados à violência e o obstáculo na identificação das violações de sua integridade, impede que as mulheres se reconheçam como vítimas e autoras das violências.

Grande parte das gestantes respondiam que reconheciam que a violência era presente no território ou na própria família, mas quando questionadas se já tinham sofrido, respondiam que não, até que começássemos a distinguir os tipos e esclarecer brevemente o que eles significavam. Esse movimento sinaliza o desconhecimento dos conceitos e o obstáculo na identificação das violações de sua integridade.

Este recorte apontou a necessidade de abordarmos a questão da violência em si, de maneira não tão transversal, em um dos encontros, de modo que, ao conhecer os conceitos, elas pudessem compreender melhor como esse fenômeno afeta pessoas e a sociedade como um todo e ainda atuar ativamente na prevenção das violências. Assim, buscamos estabelecer uma relação entre violência e patriarcado, no sentido de desnaturalizar a violência; conhecer as formas de violência para além da violência física e refletir sobre a vivência nos territórios conflagrados por ela.

Cabe evidenciar o papel que a hierarquia de gênero tem enquanto construção social, isso porque homens e mulheres são desde a infância educados e socializados a se comportar, pensar e interagir dentro da sociedade com base em normas e expectativas específicas que reforçam papéis tradicionais e desiguais de gênero. As famílias desempenham

um papel central na transmissão de reforçar ou não os estereótipos de gênero, assim como a escola, os espaços religiosos e as unidades de saúde.

Nesse sentido, consideramos fundamental qualificar os profissionais que atuam no atendimento às famílias, de modo que consigam escutar e acolher os usuários, de forma a observar as especificidades de cada usuário, considerando que ainda hoje são comuns práticas em saúde pautadas em um modelo prescritivo com viés disciplinar, que culpa o sujeito por seu comportamento, seja em relação à alimentação, ao sexo, à gravidez, ao uso de drogas lícitas (álcool e tabaco) ou ilícitas, como pontuam Brandão e Alzuguir (2022).

Discussão/Conclusão

Destacamos a importância de investimento público em projetos que promovam a criação de espaços de cuidado integral em saúde, sobretudo os que são voltados para saúde materno-infantil.

Realizamos ações de educação em saúde, através do diálogo com as gestantes e suas redes de apoio, de modo a estimular que gestantes/puérperas reconheçam situações de violência que possam estar vivenciando, a fim de romper com esses ciclos, o que se mostrou um desafio. Nosso intuito também tem sido incentivar o comparecimento às consultas de pré-natal, a adoção de práticas parentais não violentas e contribuir para a garantia do cuidado integral à criança e à gestante.

A experiência se mostrou exitosa em proporcionar um maior vínculo entre as usuárias com as equipes e unidades de saúde, além da relação entre elas mesmas e ainda por valorizar para as usuárias suas experiências e conhecimentos anteriores aos grupos, sinalizando a importância de considerar as vivências e a história pessoal de cada participante.

O grupo só opera com continuidade quando cada um se reconhece naquelas pessoas e sente que pertence àquele espaço (BRASIL, 2014b). Ou seja, para que o Escola da Família aconteça, é imprescindível que as integrantes do grupo, tanto as profissionais, quanto as usuárias, tenham sentimento de pertencimento, estejam dispostas a colaborar com a construção daquele espaço e se reconheçam como parte constituinte dele.

Referências

- BARBOSA, F. K. C.; SALDANHA, K. G. H.; LINO, Y. D. B.; FREIRE, H. S. S. A importância da roda de conversa na comunidade para incentivar o empoderamento familiar no aleitamento materno. *Semana Acadêmica Revista Científica*, Fortaleza, v. 11, n. 000236, 2023.
- BRANDÃO, E. R.; ALZUGUIR, F. C. V. *Gênero e saúde: uma articulação necessária*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Cadernos de Atenção Básica, n.39. Brasília, DF, 2014a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Cadernos de Atenção Básica, n. 39. Brasília, DF, 2014a. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *Atenção Básica*. Cadernos HumanizaSUS, v. 2. Brasília, DF, 2014b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. *Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde*. Brasília, DF. 2023.
- NITERÓI. *Prefeitura Pacto Niterói contra a violência: cogovernança municipal para a construção das políticas públicas de proteção social, segurança pública e prevenção à violência: volume I*. Niterói, RJ, 2022. 190p.
- NITERÓI. *Prefeitura Pacto Niterói contra a violência: cogovernança municipal para a construção das políticas públicas de proteção social, segurança pública e prevenção à violência: volume II*. Niterói, RJ, 2023. 222p.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. *Care for child development: improving the care of young children – Guide for clinical practice*. Genebra, CH. 2012. 16 p.
- RIBEIRO, D. O. et al. A violência obstétrica na percepção das múltiparas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 41, p. 1983–1447, 2020.
- SANTOS, S. S. et al. A construção da paternidade ao nascimento do filho a termo e saudável. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, Uberaba, v. 2, Sup., p. 767–778, 2021.
- SILVA, M. E. P. et al. Rodas de conversa com gestantes como estratégias para promoção à saúde no período pré-natal. *Revista Nursing*, Osasco, v. 23, n. 236, p. 3760–3765, 2020.

SOUZA, M. H. N.; NESPOLI, A.; ZEITOUNE, R. C. G. Influência da rede social no processo de amamentação: um estudo fenomenológico. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, 2016.

DETERMINANTES SOCIAIS NO TERRITÓRIO E OS IMPACTOS NA SAÚDE PÚBLICA



Jéssica Emanoeli Moreira da Costa

Mariana de Sousa e Silva

Ingrid Fernandes dos Santos

Katia Tarouquella Brasil

Introdução

Este capítulo propõe uma discussão sobre os determinantes sociais como classe social, gênero, questões raciais, educação, ocupação e renda, mas também circunstâncias materiais, fatores comportamentais e biológicos, fatores psicossociais e seu impacto na atenção à saúde pública, a partir do Programa Escola da Família implantado pelo município de Niterói, Rio de Janeiro.

A saúde pública é garantida pelo Sistema Único de Saúde, o qual foi estruturado como uma política de Estado no período de redemocratização no país, consolidado com bases democráticas e instituindo a saúde pública como direito social (PASSOS; CARVALHO, 2015). Nas políticas públicas, a ação do Estado se concretiza como um agente próximo na resolução das demandas sociais da comunidade, que subsidia pesquisas e desenvolvimento de equipamentos sociais em saúde. A efetivação de políticas públicas consolida o SUS no cotidiano dos sujeitos que participam das redes de produção de saúde no território, este sendo compreendido em seu sentido político na forma como a sociedade se organiza em redes colaborativas.

Comprometido com a política pública em saúde, o Programa Escola da Família com base em uma política pública em saúde no município de Niterói, Estado do Rio de Janeiro, estabelece a “Formação parental e prevenção à violência na gestação e no puerpério”. Nesta

formação, pretende-se a aplicabilidade das prerrogativas estabelecidas na legislação, de modo a compor uma intervenção participativa e com efeito de mudança social no território, sobretudo em relação à violência na primeira infância e contra as mulheres em ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2020). Neste contexto, é importante destacar que, de forma geral, as políticas públicas designam um termo conceitual e operativo no campo das ciências sociais e políticas, em que o Estado assume uma dinâmica participativa na vida social, tendo em vista a alteração das relações sociais vigentes (DERANI, 2004).

Para a compreensão do percurso das políticas públicas em saúde é preciso discutir como sua consolidação caminhou ao lado do processo de redemocratização do país. Na Constituição Federal de 1988, foi instituído que a saúde, a partir daquele marco, seria um direito de todos (BRASIL, 1988). Portanto, de acordo com o artigo 196 da referida Constituição: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). A base dessa política em saúde é o nosso Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Essa Lei prevê uma rede de ações e serviços regionalizada e hierarquizada no território nacional, que tem como princípios a universalização, a integralidade, a descentralização e a participação popular, com direção única em cada esfera de governo. A partir da Seguridade Social, a política de saúde está inserida num contexto mais amplo da política pública, que abrange, além da política de saúde, as políticas de previdência e assistência social (BRASIL, 1990).

Neste cenário, na linha de frente da personalização do SUS no cotidiano comunitário, localizam-se os profissionais de saúde como representantes interventivos e na assistência atentos às prerrogativas determinadas em lei, em contextos territoriais marcados por complexidades sociais. A diversidade dos contextos territoriais (socioeconômicas, raciais, de gênero, educacionais, dentre outras) dita como as complexidades sociais aparecem nos territórios e influenciam diretamente na

formação dos profissionais de saúde. Lima e Matta (2008) versam que a diversidade econômica territorial presente no país culmina em um acesso não homogêneo a aparatos formativos com uma perspectiva emancipatória de educação dos trabalhadores de saúde.

Esse quadro denota que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps), instituída no ano de 2004, requer constante atualização e aprimoramento. Diante disso, o Ministério da Saúde advoga na positivação da Educação Permanente em Saúde (EPS), com aparatos teórico-prático e técnico-científicos que sejam incorporados no cotidiano de assistência à população, com a construção de atividades significativas e colaborativas entre os atores do território (BRASIL, 2009).

O Programa Escola da Família tem um caráter inovador, pois além de estar inserido em uma política pública de segurança, intitulada “Pacto Niterói contra a violência”, atua de forma direta com ações intersetoriais. Além da assistência à saúde com ação de prevenção à violência, o programa dispõe de um benefício no valor de R\$ 1.000,00 como um auxílio para as gestantes que participarem das intervenções grupais nos serviços de saúde, o qual beneficia, sobretudo, as mulheres-mãe solo em situação de penúria social. Estudos recentes revelam que mais da metade dos lares brasileiros são sustentados por mulheres (50,9%), em situação de precariedade de trabalho e jornadas exaustivas (FEIJÓ, 2023). Desse cenário, a cada dez famílias, seis são chefiadas por mulheres negras (DIEESE, 2023). Portanto, o projeto possui uma importante implicação em gênero e nas questões étnico-raciais que atravessam as complexidades da violência.

O município de Niterói enfrenta altos índices de violência contra crianças e mulheres. Um estudo realizado por Rocha e Moraes (2011) evidenciou a prevalência de maus tratos em âmbito doméstico, dirigidas às crianças. Em relação às mulheres, a situação é igualmente preocupante em espaço público e privado. De acordo com Instituto de Segurança Pública (ISP), no município de Niterói, somente no ano de 2022, foram registrados um caso a cada duas horas e oito minutos, por dia, caracterizados por diversas modalidades de violência contra as mulheres. Além desse quadro alarmante, há outros indicadores que

relatam a desigualdade econômica e índices de violência urbana que inserem Niterói como um dos municípios do país com acentuada má distribuição de renda: pois de um lado detém o quinto maior índice de qualidade de vida (IDH), por outro lado, parte da sua população sofre com falta de saneamento, insegurança alimentar e precariedade das condições de trabalho (CASA FLUMINENSE, 2020).

No âmbito econômico, a situação de penúria social não é exclusividade de Niterói, mas sim reflexo de um agravante quadro no país. No contexto brasileiro, um levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021) evidenciou que no país há 9,1 milhões de crianças e adolescentes vivendo em situação domiciliar de extrema pobreza (renda per capita mensal inferior ou igual a um quarto de salário mínimo) e 9,7 milhões em situação de pobreza (renda per capita mensal de mais de um quarto até meio salário mínimo) na faixa de 0 a 14 anos. No que se refere à violência enfrentada no cenário social, além dos impactos da desigualdade econômica, o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2022) revela que os casos de maus-tratos notificados contra crianças e adolescentes no Brasil alcançaram 20 mil em 2021, com aumento de 21%, em relação a 2020.

Nessa dimensão, é de suma aplicabilidade o conceito de saúde ampliada preconizada por Lima e Matta (2008) que pode subsidiar intervenções em saúde que refletem as demandas macropolíticas dos territórios. Neste sentido, as relações dinâmicas entre determinantes sociais causam impacto direto nas manifestações de saúde-doença.

A relação saúde-doença deve ser sempre analisada dentro desse contexto macro de perspectiva econômica, social e política. Vale a pena destacar a importância para os gestores em saúde de colocar em discussão, o impacto dos determinantes sociais na implantação de uma política pública. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011) define como determinantes sociais em saúde os seguintes aspectos:

- I. Determinantes sociais das iniquidades em saúde e contexto socioeconômico e político (governança, política macroeconômicas, políticas sociais, cultura e valores sociais); posição

socioeconômica em que se inserem as categorias de classe social, gênero, etnia, educação, ocupação e renda;

- II. Determinantes intermediários da saúde: circunstâncias materiais, fatores comportamentais e biológicos, fatores psicossociais. A depender da forma como se conjugam os determinantes sociais a vulnerabilidade é ampliada, sendo determinada não apenas pela ausência ou inadequação no acesso à renda, mas também está ligada às fragilidades nos laços afetivos-relacionais e ao acesso desigual a bens e serviços públicos (CARMO; GUIZALDI, 2018).

Diante da complexidade social e territorial que atravessa os contextos formativos em educação de profissionais de saúde, o referido programa adota um escopo interdisciplinar, envolvendo a psicologia, a psicanálise e a educação popular. A partir desses campos, são mobilizados dispositivos que fomentam a reflexão crítica sobre as violências e vulnerabilidades presentes nos territórios. Esses contextos formativos são aqui compreendidos como espaços e experiências de aprendizagem que articulam saberes e práticas com potencial transformador.

Além de seus impactos na saúde e na esfera econômica, este programa se constitui como uma aposta na prevenção da violência, em contraposição à lógica punitiva que historicamente orienta as políticas públicas de segurança no Brasil. Tal lógica, marcada por práticas repressivas e seletivas, incide de forma desproporcional sobre a população negra, reproduzindo uma violência institucional e racializada. Nesse contexto, o programa desloca o foco da punição para a promoção de estratégias preventivas, educativas e de cuidado. Assim, reafirma-se o papel do Estado na prevenção das violências, tanto intra quanto extrafamiliares, compreendendo que a responsabilização estatal é fundamental para a superação de desigualdades estruturais e a garantia de direitos.

Do ponto de vista sócio-histórico, o contexto prisional e de punição no Brasil é atravessado pelo racismo: os negros e negras são a maioria da população carcerária. De acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança

Pública de 2022, aproximadamente 67% da população carcerária é negra. Esse quadro revela que, além de sofrerem mais punições, as vítimas também são majoritariamente pessoas negras, representando mais de 70% dos casos de crimes violentos. Os dados de Niterói revelam que a população negra tem uma expectativa de vida 13 anos menor em comparação com a população branca (CASA FLUMINENSE, 2020).

O encarceramento em massa caracterizado pelo aprisionamento massivo, sobretudo de pessoas em penúria social, segue uma lógica punitiva que denuncia a ausência do poder público em garantir direitos fundamentais, o que consequentemente resulta na incidência da violência urbana, representada pelo tráfico ilícito de drogas, aliciamento de crianças e adolescentes e controle de milícias (TELLES et al., 2020). Esses problemas são agravados por cenários de falta de segurança social e insegurança alimentar.

Diante desse quadro, Minayo (2004) afirma que a intitulada violência estrutural é aquela exercida de forma cronicada em processos políticos, sociais e econômicos que reproduzem e perpetuam a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero e de etnia.

Ao questionar a violência em um nível macropolítico, é necessário retomar a atuação central do Estado. A face paradoxal do Estado em contextos neoliberais requer uma análise complexa. De um lado, há a dimensão que privilegia um segmento favorecido economicamente, com políticas estatais de privatização e aplicação em investimentos do setor privado. De outro, há uma frente democrática que tenta caminhar ao lado dos princípios equânimes de assistência preconizados constitucionalmente. Pode-se afirmar que se trata de um Estado fragmentado, ao mesmo tempo, pelos jogos de força política entre os diversos segmentos populacionais. Neste parâmetro, constitui-se um desafio analisar a aplicabilidade de políticas públicas no tocante à saúde, devido às particularidades de cada território no país.

O presente trabalho discute os efeitos interseccionais da vulnerabilidade econômica e da violência comunitária nos processos de cuidado em saúde, com ênfase na atuação dos profissionais que compõem a rede perinatal. Parte-se da compreensão de que os determinantes sociais

da saúde impactam diretamente as experiências de gestação, parto e puerpério, exigindo dos trabalhadores formas de escuta e intervenção que ultrapassem o campo biomédico. Assim, este capítulo tem como objetivo analisar a escuta dos profissionais de saúde pública diante do sofrimento sociopolítico que se manifesta nos territórios, compreendida aqui a partir da perspectiva psicanalítica como uma escuta implicada, que acolhe as marcas dos determinantes sociais e sua interface com o trauma social, da exclusão e da violência estrutural.

Delineamentos metodológicos

O entrelaçamento entre diferentes políticas públicas permite o amparo e a intervenção do Estado em setores que necessitam de acompanhamento e fortalecimento, de modo a promover o bem-estar social. No campo das políticas públicas, a interlocução interdisciplinar favorece as contribuições de diferentes saberes e, quando se trata da saúde, pode-se destacar o pioneirismo da Psicanálise na pretensão de se inscrever como direito universal em saúde mental para toda a sociedade (FREUD, 1919/2010). O saber psicanalítico ofereceu suporte à construção metodológica do projeto de formação parental do programa Escola da Família, ao ressaltar a centralidade da escuta como dispositivo clínico e ético diante das diversas formas de violência e das experiências de violação de direitos vividas pelas famílias. Tal escuta, orientada pela psicanálise, permite acolher os efeitos subjetivos dessas experiências, promovendo espaços de elaboração e cuidado.

A referida formação parental pretendeu favorecer a emergência de conteúdos subjetivos dos participantes, por meio da escuta clínica territorial, com destaque para as contribuições da psicanálise enquanto saber e ética, implicados no campo social, a partir das dimensões da clínica do traumático (BROIDE; BROIDE, 2019). De acordo com Rosa (2016), a psicanálise implicada se dispõe a uma articulação entre a escuta do sujeito e seu enlace sociopolítico. Diante desse quadro, cabe destacar a posição que o psicanalista assume na escuta do impacto de uma formação no campo social, que é atravessada pelos significantes

da cultura, mas também, pelos elementos psíquicos que compõem a teia comunitária e dão contorno aos vínculos.

Nesse sentido, apoiada nas referências metodológicas qualitativas, abarca uma pesquisa-ação que, de acordo com Thiollent (1986, p. 14) possui “estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo”.

A configuração dessa perspectiva metodológica baseia-se na busca de estratégias para resolver problemas concretos, a partir de um diagnóstico social dos altos índices de violência intra e extrafamiliar (ROCHA; MORAES, 2011). Dessa forma, a pesquisa por soluções e propostas ocorreu em colaboração com os setores acadêmicos, políticos, de segurança e saúde, envolvendo os atores do território nessa construção. Portanto, a pesquisa-ação ocupa a dimensão de construção e cooperação entre diferentes esferas políticas e sociais, em que a base das propostas e ações resolutivas ocorrem por meio de troca, escuta e diálogo.

A formação dos profissionais de saúde voltada para a “Escola da Família” trata a temática das práticas parentais com afeto sem violência, na perspectiva da Política de Educação Permanente - Pnep-SUS, alinhando com referenciais teóricos e metodologias ativas. Ao término do processo formativo, os participantes foram capacitados para desenvolver atividades educativas com foco na parentalidade e realizar intervenções reflexivas com grupos de gestantes (em acompanhamento pré-natal), pais e cuidadores. Essas intervenções parentais reflexivas consistem em encontros que promovem a escuta, o diálogo e a elaboração das experiências parentais, abordando temas como vínculos afetivos, cuidado, limites, saúde mental e proteção integral de crianças e adolescentes. Os grupos educativos de formação parental, por sua vez, foram estruturados como espaços coletivos de troca e fortalecimento de saberes entre os participantes. Os profissionais de saúde envolvidos, atuando de forma interdisciplinar na assistência perinatal, incluíram agentes comunitários de saúde, assistentes sociais, enfermeiras/os, médicas/os da família, psicólogas e técnicas/os de enfermagem.

Assim, a proposta da formação pretendeu discutir de forma transversalizada os seguintes temas:

Figura 1 - Transversalidade de temas dos ciclos formativos.

A) Sensibilização: Parentalidade e violência;
B) O lugar social da mulher gestante;
C) Gestação, parto, nascimento e puerpério;
D) Ciclo de desenvolvimento infantil nos dois primeiros anos de idade;
E) Estilos e práticas parentais e a relação com os tipos de violência durante os primeiros mil dias;
F) A vigilância das violências e a rede de proteção social familiar, comunitária e social;
G) Alimentação saudável e as relações com a proteção infantil, familiar e comunitária;
H) Vulnerabilidades sociais e o ciclo da violência.

Esses temas foram discutidos de forma transversal ao longo de quatro encontros (dois presenciais e dois *online*), com profissionais da assistência perinatal de diferentes áreas, como nutrição, medicina, psicologia e enfermagem. De forma assíncrona essas temáticas também foram levantadas em uma plataforma educacional, com a participação em fóruns e atividades sobre a parentalidade. Ao final do processo formativo os profissionais elaboraram – em grupos – projetos interventivos com base nas temáticas trabalhadas, para aplicarem junto às mulheres gestantes e familiares atendidos. Destaca-se que a formação parental foi fundamentada a partir do saber psicanalítico com atravessamentos dos determinantes sociais. Portanto, dispositivos de base psicanalítica como a escuta, o campo de simbolização e construção de um saber horizontalizado permeou todo processo formativo e deu um contorno clínico.

As falas e os movimentos que emergiram durante as oficinas formativas foram registrados por meio de um diário de pesquisa, que serviu como instrumento de sistematização e análise da experiência. Para análise dos dados utilizou-se a análise do discurso (AD). De acordo com Caregnato e Mutti (2006), a AD foi fundada por corrente francesa, tendo como precursor Michel Pêcheux, estabelecendo a relação existente no discurso entre sujeito/língua/história ou língua/ideologia. Portanto, a AD entende a produção de discurso localizada com influências do inconsciente, mas também dos materiais sociais, por meio das instituições e territórios. Neste sentido, pontua-se as contribuições da psicanálise na análise de um discurso situado o sujeito em uma produção simbólica de fala (LIMA et al., 2017), situado pelo inconsciente e, por conseguinte, pela cadeia de significantes instituídos pela linguagem.

Resultados e discussão

A partir das oficinas realizadas durante a formação e das falas dos profissionais de saúde, emergiram duas principais categorias de análise: 1) Violência comunitária: implicações para a saúde pública e 2) As repercussões da vulnerabilidade econômica e da penúria social para a assistência perinatal.

Tais categorias evidenciam a maneira como os profissionais compreendem os efeitos das situações de vulnerabilidade social, da violência estrutural e das desigualdades socioeconômicas sobre a saúde pública, particularmente no que se refere à atenção perinatal.

Violência comunitária: implicações para saúde pública

Nas falas que circularam no espaço formativo foi possível identificar os quadros de violência comunitária que são convocados à intervenção por parte dos profissionais. A violência comunitária caracteriza-se pela destrutividade dos laços e pelas situações de precariedade social nas intersecções econômicas e sociais que atravessam o cuidado e educação de crianças, em contextos de vulnerabilidade. Essa aproximação é

necessária, pois muitas vezes a realidade social e a condição socioeconômica dos profissionais contrastam com a da população atendida. Nesse sentido, a problematização do contexto de precariedade social vivido na comunidade ampliou o escopo de intervenções e a necessidade de articulações intersetoriais.

Acerca das complexidades dos cuidados em saúde em condições de penúria social, foi problematizado o lugar do vínculo mãe-bebê em situações de rua. Sobre essa questão uma assistente de saúde mencionou o caso de pessoas em situação de rua e drogadição, que têm seus filhos retirados por agentes públicos, mesmo quando desejam a criança: *“o bebê poderia ser uma mola de dignificação para essa mulher, mas acaba por submetê-la a mais uma violência a separando de sua cria”*. As intervenções higienistas amparadas por discursos misóginos jurídicos ferem os direitos das pessoas em situação de invisibilidade e exclusão social. Bellac et al. (2018) denunciam a lógica criminalizante e excludente vivida pelas gestantes usuárias de drogas, com a urgência na crítica incisiva aos ideais normativos de família, com fundo burguês. As autoras destacam ainda a necessidade de árduo trabalho, de cunho intersetorial, pelas equipes de saúde no cuidado e proteção às mulheres gestantes usuárias de drogas em situação de rua.

Se por um lado os profissionais que prestam assistência perinatal no SUS devem seguir a Política de Humanização do Parto, por outro, enfrentam desafios para aplicar a preconização da lei, ao se depararem com a questão do cuidado com pessoas marcadas pela devastação subjetiva da exclusão social.

Por conseguinte, a fala a seguir reflete o cotidiano de desafios do profissional da assistência perinatal ao ofertar cuidado em espaços onde os riscos psíquicos e físicos da violência fazem eco nas relações interpessoais, conforme relatado por uma agente comunitária de saúde:

minha filha, que está grávida, passou por uma situação de violência que reflete o cotidiano constante nas comunidades. Durante um tiroteio, ela ficou tão mal que pensou que sua bolsa havia estourado, quando na verdade estava urinando involuntariamente. Esse exemplo

ilustra que a vida nas comunidades é marcada por uma realidade de violência intensa. Infelizmente, essa violência muitas vezes impede que profissionais qualificados alcancem essa população para prestar assistência.

A violência ocupa um lugar central no cotidiano de territórios marcados por vulnerabilidades. Broide e Broide (2019) nomearam como escuta territorial um método de investigação e pesquisa psicanalítica que busca compreender como os grupos, pessoas e coletivos coabitam os espaços sociais e como ocorrem as significações desses encontros. A escuta das situações de violência que ocorrem dentro do território só é possível por meio do estabelecimento da via transferencial, ou seja, da relação que é estabelecida entre profissionais da equipe formativa e, posteriormente, entre as pessoas gestantes, puérperas/familiares e profissionais de saúde.

As repercussões da vulnerabilidade econômica e da penúria social para a assistência perinatal

No espaço coletivo de formação, as falas sobre a situação de penúria e insegurança alimentar relatada no contato com o cotidiano de trabalho, foram verbalizadas com angústia pelos profissionais e, consequentemente, geraram um sentimento de impotência frente ao processo de precarização das condições de vida, como pode ser exemplificado nos relatos a seguir de profissionais da enfermagem: *“como falar sobre a alimentação da gestante quando ela não tem acesso a alimentação?”*. E outra profissional acrescentou:

é importante ressaltar que uma parcela significativa da população atualmente está vivendo em situação de risco de insegurança alimentar, ou seja, não possui o mínimo necessário para se manter nutrida.

A fome insere os sujeitos em uma cruel sentença de tentativa diária de sobrevivência e a sua escuta pelos trabalhadores reflete o desafio de se promover saúde em espaços permeados pela insegurança

alimentar. Brasil (2021) destaca que a escuta dos sujeitos em situação de precariedade social reflete, por conseguinte, os efeitos de uma impotência discursiva na relação com o social, trabalho, resistência, dominação e alienação.

Nesta dimensão foi pontuado pelos trabalhadores os impasses e as dificuldades em promover dispositivos de cuidado em saúde, ao se depararem com uma realidade de limitação econômica de subsistência, conforme foi relatado por uma assistente social: *“é uma dificuldade que o preço dos alimentos representa para a gestante conseguir uma alimentação saudável, às vezes é um gasto muito além da capacidade familiar financeira”*.

Sousa et al. (2019) afirmam que a insegurança alimentar é fator de risco e pode comprometer a saúde mental materna. Portanto, durante o processo formativo, os profissionais foram sensibilizados para adequação de uma prática de cuidado e atendimento que faça frente às situações de insegurança alimentar vividas pela população em situação de vulnerabilidade social, como pode ser destacado por um enfermeiro:

nós pensamos inicialmente sobre a questão da orientação. Discutir sobre a fome é importante, já que dentro da comunidade tem um poder aquisitivo muito diverso e, às vezes, é tudo muito complicado. Por isso, consideramos a importância de uma alimentação diversa, barata e, acima de tudo, saudável.

O coletivo discute em seguida sobre os atravessamentos da chamada necropolítica, que assolou o país, em que uma parte do Estado se voltou para violação de direitos, potencializando riscos para as pessoas mais vulneráveis. Acentuação da necropolítica que fragmentou o país durante um período de vulnerabilidade extrema como foi a crise humanitária e sanitária em decorrência do período de pandemia do coronavírus-19, entre 2020 a 2022, que acentuou desigualdades e consolidou retrocessos em conquistas de direitos sociais que levaram anos para serem alcançados (CRODA; GARCIA, 2020).

Durante as falas, foi destacado o lugar dessa inquietação política dos profissionais de saúde, uma vez que também são representantes do

Estado, inseridos no campo das políticas públicas. Frente ao desamparo vivido no âmbito coletivo, os profissionais ressaltaram a sensibilidade com a realidade da população atendida, e a discussão pode ser destacada por uma enfermeira:

pensamos a importância da educação, mas não queremos pensar uma prática bancária e queremos também a participação do público, onde eles podem falar o que querem e gostam de comer, a partir daí, queremos pensar nas condições de possibilidade. Acima de tudo, afirmamos que a fome também é uma forma de violência e fere os direitos mínimos da pessoa humana.

Abramowicz (2020) discorre acerca do termo cunhado pelo historiador Mbembe “necropolítica”, ao abordar o descaso de um Estado que mira a exclusão social dos estratos da população que se encontram em precariedade de vida, portanto, de uma política que tem como principais alvos pessoas negras, mulheres e crianças. Na fala dos profissionais, ficou marcado que o desamparo político é sentido na falta de acesso às ações de seguridade social, mas também na ausência de recursos de tecnologia em saúde, conforme foi relatado na fala abaixo de um médico da família:

vou falar abertamente com vocês, para mim, é um absurdo eu não conseguir fazer um ultrassom nas gestantes que eu acompanho ... Vou dizer para vocês, como profissional, eu nunca passei por isso na minha vida. Para mim e para as gestantes, isso é uma forma de violência, poder ver o próprio filho dentro da gente deveria ser um direito... é como se um direito de dignidade nos fosse negado.

Diante desse cenário, as crianças se configuram o elo mais fragilizado das situações de desalento social, pela ausência de recursos simbólicos e necessidade de amparo de um outro que consiga ajudá-las a significar os traumas vividos. Ainda de acordo com Abramowicz (2020), a história das crianças no percurso civilizatório é marcada pelo terror, pela tragédia, pela miséria, e pela exploração, em um

mundo adultocêntrico, neoliberal, e de esvaziamento das relações. No cotidiano de cuidado na assistência perinatal e pediátrica, os casos de desalento social e político das infâncias em vulnerabilidade ganham contornos angustiantes, conforme pode ser destacado por enfermeira: *“atendi uma criança de oito anos que estava esquentando a comida para uma criança de cinco. A casa pegou fogo, porque o avô estava alcoolizado”*.

Durante os relatos acima, o coletivo mobilizou-se em torno das reflexões sobre os impactos da vulnerabilidade econômica na relação de cuidado adulto-criança. Nesse sentido, problematizou-se que um acontecimento configurado como negligência e abandono, por vezes, tem como cerne a precarização da vida, personalizada na falta de seguridade social, conforme foi relatado por uma assistência social: *“a violência contra a criança começa aos dois meses de idade, quando as mães são forçadas a retornar ao trabalho e os bebês precisam ser separados delas. Isso também é uma violência contra as mães, que muitas vezes não têm outra escolha”*. Posteriormente, foi destacado por outro profissional a sobrecarga dos idosos em terem que assumir uma posição de sustento socioeconômico de toda família, em contextos de precarização de trabalho, conforme foi relatado por uma psicóloga:

muitos idosos têm a função de cuidadores. Em um trabalho que tive em uma escola vi que 90% das famílias dos alunos são a avó. A avó é a responsável pelo cuidado daquelas crianças. Muitas vezes os avós são os provedores da família inteira, quando têm algum benefício, por exemplo.

Diante dessa discussão, questionou-se a problematização na imposição de um contexto idealizado de maternidade, que esbarra em um real permeado de desalento, que assola a comunidade atendida, conforme foi relatado por uma assistente social: *“tenho observado, através do cadastro das gestantes, que a maioria delas começa a trabalhar na adolescência, frequentemente em empregos informais. Isso significa que muitas delas nem sequer têm direito a dois meses de licença”*.

Birman (2020) define que o desalento é um mal-estar do processo civilizatório em que o sofrimento paralisa os sujeitos e impossibilita a busca por apelo ao outro. Frente ao desalento da exclusão social, a visão crítica da dimensão sociopolítica dos territórios teve espaço para ser discutida no coletivo, tendo em vista a necessidade de articulação intersetorial com atores da educação, segurança, e serviços especializados da assistência social, como pode ser destacado na fala a seguir de um enfermeiro:

eu acho dois pontos muito importantes em uma ferramenta de escuta. Primeiro, uma questão “pessoal” para o profissional. Aquele profissional está preparado para essas questões e se sensibilizar verdadeiramente? (...). Segundo, traz questões do manejo para a própria instituição: quais são os encaminhamentos possíveis hoje para essa escuta?

O cotidiano de trabalho de profissionais que prestam assistência perinatal no SUS é atravessado por desafios de ordem social, econômica, e de saúde mental. Tais desafios têm impacto na subjetividade desses profissionais, que precisam seguir um trabalho voltado para o atendimento humanizado, de acordo com a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), muitas vezes, em ambientes atravessados por complexidades que envolvem a prevenção e intervenção em situações de violência intra e extrafamiliar, como destacado por uma enfermeira:

a gente tá falando sobre temas que envolvem a violência em vários níveis. A gente não tem um suporte psicológico para nos segurar, vai ter momentos em que o que a gente vai ouvir do usuário vai nos deixar vulneráveis. A gente tá acostumado a levar nas coxas, a gente vai pra casa arrasada (...) ouvir sobre a amamentação é difícil, a violência doméstica, as drogas, como vamos ouvir sobre isso?

O espaço formativo convocou a posição de escuta pelas analistas aos conteúdos vividos no campo do desalento psíquico, frente às

demandas sociais encaradas pelos profissionais. Portanto, houve um certo trabalho de sustentação aos conteúdos que são da ordem de uma devastação subjetiva, como efeito da exclusão social. Acerca do quadro de desamparo econômico vivido por grande parte da população e dos desafios da escuta psicanalítica dessas demandas, Brasil (2021) caracteriza a atuação da escuta extramuros (fora do enquadre de consultório), como prática em psicanálise que visa a emancipação e o compromisso social e político dos sujeitos.

Considerações finais

A proposta de formação parental do projeto Escola da Família, inserido em uma política pública de segurança, permitiu ampliar o escopo interventivo frente às situações de violência, não apenas através de um enfoque punitivo, mas também considerando a atuação do Estado em diretrizes de prevenção. Essa proposta leva em consideração não apenas as questões do âmbito privado, mas também aquelas de natureza coletiva, que se relacionam com a privação dos direitos fundamentais e que configuram uma violência contra os sujeitos que enfrentam as dificuldades das injustiças sociais, como a má distribuição de renda e de serviços públicos entre os diferentes segmentos populacionais.

Portanto, essa formação educativa em saúde promoveu entre os profissionais de saúde um posicionamento reflexivo e crítico, diante das complexidades sociais encontradas no cotidiano de trabalho, que refletem os elementos da violência comunitária, falta de seguridade social, precariedade do trabalho e insegurança alimentar. Portanto, não se tratou de uma discussão meramente teórica desses marcadores, mas sim de uma escuta desses profissionais diante da solidão e do sentimento de impotência na busca de preconizar um cuidado ampliado em saúde.

Com a implicação de um saber psicanalítico por meio da escuta e de instrumentos mediadores utilizados na formação, foi possível fornecer visibilidade às discussões de penúria social, dando lugar a um cuidado em saúde da ordem do possível, que confronta o sujeito nos seus

impasses, mas também no reconhecimento das suas potencialidades. Este cuidado se reflete em uma atenção às intersecções sociais deflagradas no território, sem paralisar o trabalho, mas caminhando em direção à ampliação do apoio mútuo aplicado através do compartilhamento entre equipes de saúde e setores diversos, em resposta às demandas territoriais.

Referências

- ABRAMOWICZ, A. Crianças e guerra: as balas perdidas! *Childhood & Philosophy*, v. 16, p. 1–14, 2020. DOI: 10.12957/childphilo.2020.48358.
- ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. O Anuário Brasileiro de Segurança Pública se baseia em informações fornecidas pelas secretarias de segurança pública estaduais, pelas polícias civil, militar e federal, entre outras fontes oficiais da Segurança Pública. Fórum Brasileiro de Segurança Pública, n. 16, 2022. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br>. Acesso em: 1 jul. 2023.
- BELLAC, M. M.; CABRAL, K. V.; OLIVEIRA, C. S. de. A desmaternização das gestantes usuárias de drogas: violação de direitos e lacunas do cuidado. *Saúde em Redes*, v. 4, supl., p. 37–49, 2018. DOI: 10.18310/2446-4813.2018v4n1supl37-49.
- BIRMAN, J. O trauma na pandemia do Coronavírus. Rio de Janeiro: Editora José Olympio, 2020.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília: Senado Federal, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

- BRASIL, K. C. T. R. «La psychanalyse dans la rue» : contributions de la psychodynamique du travail. *Revue Travailler*, v. 45, n. 1, p. 63–68, 2021. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-travailler-2021-1-page-63.htm>. Acesso em: 1 jul. 2023.
- BRASIL, K. T. et al. Edital de chamamento público nº001/2020: Formação dos profissionais de saúde do município de Niterói projeto - Escola da família: promovendo práticas parentais com afeto, sem violência. Brasília: Finatec, 2020.
- BROIDE, E. E.; BROIDE, J. A pesquisa psicanalítica e a criação de dispositivos clínicos para a construção de políticas públicas. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 53, n. 3, p. 201–215, 2019.
- CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 15, n. 4, p. 679–684, 2006. DOI: 10.1590/s0104-07072006000400017.
- CARMO, M. E. D.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, 2018.
- CASA FLUMINENSE. Mapa da desigualdade. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://casafluminense.org.br>. Acesso em: 1 jun. 2023.
- CRODA, J. H. R.; GARCIA, L. P. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 29, n. 1, 2020. DOI: 10.5123/s1679-49742020000100021.
- DERANI, C. Política pública e a norma política. *Revista da Universidade Federal do Paraná*, v. 41, p. 19–28, 2004.
- DIEESE - boletim especial - 8 de março dia da mulher - As dificuldades das mulheres chefes de família no mercado de trabalho. São Paulo: DIEESE, 2023. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/boletimespecial/2023/mulheres2023.html>. Acesso em: 1 jul. 2023.
- FEIJÓ, J. Mães solo no mercado de trabalho. *Blog do IBRE*, 2023. Disponível em: <https://blogdoibre.fgv.br/posts/maes-solo-no-mercado-de-trabalho>. Acesso em: 1 jul. 2023.
- FREUD, S. Caminhos da terapia psicanalítica. In: FREUD, S. *História de uma neurose infantil: ("O homem dos lobos"): além do princípio do prazer e outros textos (1917–1920)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 279–292.

- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estatísticas de Gênero: Indicadores sociais das mulheres no Brasil. São Paulo: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 1 jul. 2023.
- LIMA, D. W. C. et al. Historicidade, conceitos e procedimentos da análise do discurso. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 25, 2017. DOI: 10.12957/reuerj.2017.12913.
- LIMA, J. C. F.; MATTA, G. C. Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. (SciELO Livros).
- MINAYO, M. C. de S. Violência: um velho-novo desafio para a atenção à saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 29, p. 55–63, 2004. DOI: 10.1590/1981-5271v29.1-009.
- OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde. Genebra: OMS, 2011. Disponível em: <https://www.fiocruz.br>. Acesso em: 1 jul. 2023.
- PASSOS, E.; CARVALHO, Y. Saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 1, p. 92–101, 2015. DOI: 10.1590/S0104-12902015S01008.
- ROCHA, P. C. X. da; MORAES, C. L. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 7, p. 3285–3296, 2011. DOI: 10.1590/s1413-81232011000800028.
- ROSA, M. D. Clínica psicanalítica diante do desamparo social e discursivo: impasses e direção do tratamento. In: ROSA, M. D. *A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento*. São Paulo: Escuta, 2016.
- SOUSA, S. Q. de et al. Associação entre risco de transtornos mentais comuns e insegurança alimentar entre mães com filhos menores de um ano de idade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 5, p. 1925–1934, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018245.17012017.
- TELLES, V. D. S. et al. Combatendo o encarceramento em massa, lutando pela vida. *Caderno CRH*, v. 33, 2020. DOI: 10.9771/ccrh.v33i0.32931.
- THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez Autores Associados, 1986.

PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E SUAS MÃES: REDUÇÃO DE RISCOS E FORTALECIMENTO DE FATORES PROTETIVOS

Aline Tarouquela Matias
Melissa Azevedo



1. Introdução

A violência contra crianças de zero a dois anos é, muitas vezes, silenciosa, cotidiana e atravessada por camadas estruturais de desigualdade, gênero, raça e exclusão social. Nesse contexto, mães e cuidadoras enfrentam não apenas os desafios próprios da maternidade, mas também o peso de histórias de violência não elaboradas, a falta de acesso a direitos, a precariedade dos vínculos sociais e institucionais e a sobrecarga emocional e material que recai sobre elas.

O *Programa Escola da Família – promovendo práticas parentais com afeto e sem violência* surge como uma ação concreta no enfrentamento desses desafios, atuando no âmbito da prevenção primária da violência por meio da capacitação de profissionais da saúde que atuam com gestantes e puérperas a partir do período pré-natal. Ao promover espaços de escuta, orientação e acolhimento, o Programa estimula práticas parentais conscientes e não violentas, contribuindo para o fortalecimento dos vínculos afetivos e da rede de apoio, elementos fundamentais para o desenvolvimento saudável da criança e a construção da identidade materna.

Envolve a capacitação de profissionais de saúde que prestam atendimento às gestantes e suas famílias durante o pré-natal, com o objetivo de sensibilizar e abrir um diálogo que faça emergir o questionamento sobre o que é a violência intrafamiliar, pois quando a violência não é

reconhecida nem falada, ela tende a se repetir. Nesse contexto, Rosa Mirian (2001) aborda a questão do não-dito familiar e a transmissão da história ao trazer a reflexão das consequências para os filhos do que lhes é transmitido, especialmente em função da não-elaboração dos pais da violência sofrida ou testemunhada por eles em suas relações com seus próprios pais.

Isto posto, este capítulo tem como objetivo analisar os efeitos dessa intervenção a partir da percepção de 34 mulheres participantes do programa em 28 unidades de saúde da cidade de Niterói, no estado do Rio de Janeiro. A análise baseia-se em dados coletados por meio de dois instrumentos: um formulário quantitativo com 43 questões (escala Likert de 1 a 5), e um questionário qualitativo com perguntas abertas. A partir da sistematização e leitura crítica dessas respostas, buscou-se compreender de que forma o acolhimento e o acesso à informação impactaram a vivência da maternidade, a construção do vínculo com o bebê e a capacidade de reconhecer e prevenir situações de violência.

Assim, a questão que buscamos responder é: de que forma o acolhimento de questões sensíveis e a disseminação de informações sobre autocuidado, cuidados com o bebê e fortalecimento de rede, além de boas práticas parentais, podem contribuir para a prevenção da violência entre crianças de 0 a 2 anos, e se de fato isto é possível.

O capítulo articula essas evidências com referenciais teóricos da área propondo uma reflexão sobre os limites e as potências das ações de cuidado e formação como estratégias de transformação social. Mais do que mensurar impacto, este trabalho visa legitimar as vozes das mulheres atendidas e evidenciar como o cuidado institucional sensível pode contribuir para a ruptura de ciclos de violência e para o fortalecimento de fatores protetivos desde o início da vida.

2. Metodologia

Este estudo é de natureza qualitativa e quantitativa, com abordagem descritiva e analítica. A pesquisa foi realizada no âmbito do *Programa Escola da Família – promovendo práticas parentais com afeto*

e sem violência, desenvolvido em 28 unidades de saúde da cidade de Niterói, no estado do Rio de Janeiro. A iniciativa teve como público-alvo gestantes e puérperas, com o objetivo de promover o acolhimento, o fortalecimento do vínculo mãe-bebê e a prevenção de violências intrafamiliares desde os primeiros momentos da vida da criança.

Para responder à questão mencionada na introdução, foi realizada uma avaliação do impacto do Programa “Escola da Família” por meio da autopercepção de gestantes e puérperas sobre o conhecimento adquirido e a segurança desenvolvida a partir dos encontros com os profissionais de saúde capacitados pelo Programa.

Participaram da avaliação 34 mulheres, entre gestantes e puérperas, que responderam a dois instrumentos aplicados ao final dos encontros: um formulário quantitativo semiestruturado composto por 43 questões fechadas, organizadas em escala Likert de cinco pontos (1 = discordo totalmente a 5 = concordo totalmente); e um formulário qualitativo com dez perguntas abertas, que permitiam a expressão livre sobre sentimentos, aprendizados e percepções relacionadas à experiência vivida no programa.

As 43 questões quantitativas foram agrupadas em quatro grandes eixos temáticos:

1. Maternidade e Vínculo com o Bebê;
2. Saúde e Práticas de Cuidado;
3. Informação e Conhecimento;
4. Violência e Proteção.

A amostra abrange diferentes unidades de atendimento com o objetivo de garantir representatividade municipal nos resultados. Os formulários foram escaneados, buscando identificar temas e padrões relevantes que pudessem evidenciar o impacto do Programa. Além disso, as respostas de duas perguntas abertas foram submetidas à análise de conteúdo temática por frequência de Bardin (2009).

Seguindo a metodologia de Bardin (2009), inicialmente foi conduzida uma etapa referente à organização, por meio de uma leitura exploratória, visando compreender o contexto e permitir que emergissem as primeiras

impressões sobre as respostas. Em seguida, os dados foram codificados com base nas unidades de registro, ou seja, nos temas que sintetizavam o conteúdo geral de cada relato. Na fase final, foi realizada a categorização, em que os temas representativos de cada trecho das entrevistas foram agrupados conforme suas semelhanças, sendo então analisada a frequência com que essas categorias apareciam (BARDIN, 2009).

As falas foram agrupadas por frequência e recorrência em quatro eixos: transformações subjetivas, rede de apoio, enfrentamento da violência e racismo, e práticas parentais não violentas. Já os dados das questões fechadas foram sistematizados em planilha eletrônica e analisados por meio de estatística descritiva: cálculo de média, moda e desvio-padrão por item, além de agrupamento por tema para aferição de médias temáticas. Os resultados foram representados com o objetivo de evidenciar os pontos de maior impacto e as áreas de maior fragilidade percebidas pelas participantes. Além disso, os nomes e as idades utilizados nas citações das participantes são fictícios, com o intuito de preservar sua identidade, conforme os princípios éticos em pesquisas com seres humanos.

A metodologia adotada permitiu não apenas mensurar o alcance das ações, mas também ouvir as vozes das mulheres atendidas, suas histórias e percepções, valorizando a escuta como parte essencial de práticas de cuidado e de construção de políticas públicas voltadas à primeira infância.

3. Resultados quantitativos

A análise quantitativa das respostas fornecidas por 34 gestantes e puérperas permitiu identificar padrões significativos de impacto do Programa Escola da Família em quatro eixos temáticos: maternidade e vínculo, saúde e práticas de cuidado, informação e conhecimento, e violência e proteção.

As 43 questões do formulário foram organizadas nesses quatro eixos e analisadas por meio de média, moda e desvio-padrão. Os resultados indicam uma alta taxa de concordância com as proposições apresentadas,

refletindo a apropriação dos conteúdos trabalhados nos encontros e o fortalecimento da autopercepção como mães cuidadoras, conscientes e informadas.

3.1 Maternidade e vínculo com o bebê

Este eixo contemplou 12 questões (Q4 a Q14 e Q26) relacionadas à percepção emocional sobre ser mãe, à criação de vínculo afetivo com o bebê, e ao papel da rede de apoio.

- **Média Geral: 4,72**
- **Moda predominante: 5** (concordo totalmente)
- **Desvio-padrão médio:** baixo (consistência nas respostas)

Destaque para:

- Q13 – “Eu me sinto preparada para cuidar do bebê.” → média 4,79
- Q26 – “Acredito que cuidar do bebê é também uma forma de criar vínculo afetivo.” → média 4,80

Os resultados revelam segurança das participantes em relação à função materna. Ainda assim, Q4 – “Sinto-me preparada para ser mãe”, com média 4,41 e desvio-padrão de 0,70, indica que o preparo subjetivo para a maternidade envolve complexidades que demandam escuta e apoio contínuos.

3.2 Saúde e práticas de cuidado

Engloba 12 questões (Q15 a Q22, Q27 a Q30) que tratam de alimentação, sono, higiene, saúde emocional e cuidados básicos com o bebê.

- **Média Geral: 4,78**
- **Questão mais bem avaliada de todo o instrumento:**

- Q27 – “Ofereço alimentação saudável para minha família.”
→ média 4,85
- Q28 – “Procuo oferecer uma alimentação saudável mesmo quando o bebê ainda não come.” → média 4,83

Os dados mostram um impacto direto da orientação recebida nos encontros sobre cuidados diários, especialmente no que se refere à alimentação, higiene, sono e rotinas de cuidado.

3.3 Informação e conhecimento

Composto por sete questões (Q23 a Q25, Q31 a Q34), o eixo avalia a apropriação de informações sobre direitos, prevenção da violência e segurança no cuidado.

- **Média Geral:** 4,65
- **Destaques:**
 - Q24 – “Conheço os direitos do meu filho.” → média 4,68
 - Q33 – “Me sinto segura em relação aos temas discutidos.”
→ média 4,64

As participantes demonstram sentir-se mais preparadas para buscar apoio institucional e exercer sua cidadania no contexto da maternidade.

3.4 Violência e proteção

Inclui 12 questões (Q35 a Q46) que abordam a percepção de violências, disciplina, negligência, abuso, e capacidade de proteção.

- **Média Geral:** 4,53
- **Maior variabilidade nas respostas**, refletida em desvio-padrão mais elevado em algumas questões.
- **Destaques:**

- Q45 – “Consigo orientar o bebê sem usar formas violentas.” → média 4,57
- Q42 – “Tenho clareza sobre o que é negligência e como evitá-la.” → média 4,55

Embora o eixo tenha média geral elevada, foi o que apresentou maior diversidade de respostas, o que pode indicar dúvidas, conflitos ou desconhecimento prévio sobre formas de violências.

Questões como Q36 a Q39, que tratam de práticas não violentas de disciplina e identificação de abuso, também apresentaram maior dispersão. Isso revela que, embora o tema seja compreendido, sua assimilação prática ainda está em construção para parte das participantes.

A leitura detalhada dos dados por item permite afirmar que o Programa promoveu significativa apropriação de saberes práticos e reflexivos pelas mulheres atendidas. Ao mesmo tempo, evidencia a necessidade de manter e aprofundar temas complexos como violência, disciplina e autoimagem materna — questões que envolvem aspectos subjetivos e sociais que não se resolvem apenas com informação, mas com tempo, escuta e apoio contínuo.

4. Resultados qualitativos

A análise das respostas abertas revelou dimensões subjetivas e sociais que complementam os dados quantitativos e evidenciam a potência do Programa Escola da Família como espaço de escuta, acolhimento e transformação. As falas das participantes foram agrupadas em quatro categorias principais, conforme a técnica de análise de conteúdo temática (Bardin, 2009).

4.1 Transformações subjetivas

Muitas participantes relataram mudanças na forma como veem a si mesmas, a maternidade e as experiências vividas na infância. As falas revelam processos de elaboração emocional e ruptura com práticas herdadas.

Nunca tinha parado para pensar como fui criada e o quanto isso me afeta como mãe. — Camila, 21 anos

O programa me ajudou a entender que posso fazer diferente do que vivi. — Juliana, 26 anos

Esses relatos mostram como o contato com informações, afeto e escuta qualificada favorece o reconhecimento da própria história e da possibilidade de ressignificação.

4.2 Rede de apoio e escuta acolhedora

A escuta foi destacada como uma das experiências mais significativas para as gestantes, muitas vezes em situação de vulnerabilidade emocional e social.

Me senti escutada, e isso fez diferença. Pude falar sem medo. — Luciana, 27 anos

A gente fica com muita carga, mas não tem quem ajude... Aqui eu vi que não estou sozinha. — Mariana, 20 anos

Por fim, as falas também revelam que as mulheres passaram a se sentir mais capazes, informadas e confiantes após o programa.

Agora eu sei onde buscar ajuda, e que não preciso aceitar tudo calada. — Andreia, 28 anos

Me vi capaz, me senti importante como mãe. — Natália, 24 anos

Essas manifestações revelam o fortalecimento do papel materno não apenas como função biológica, mas como construção subjetiva e social e reforçam o papel do programa como espaço de pertencimento e reforço da autoestima materna, especialmente em contextos em que as redes de apoio familiares são frágeis ou inexistentes.

4.3 Enfrentamento da violência e racismo

Algumas mulheres trouxeram relatos sobre discriminação por raça, classe e por serem mães jovens ou solo. Ainda que nem todas

tenham elaborado verbalmente essas experiências, elas emergem nas entrelinhas ou em comentários pontuais.

Já me olharam torto por estar grávida e preta, ainda mais quando fui falar no posto. — Jéssica, 25 anos

Não me aceitaram por causa do meu jeito, por estar nervosa. Mas eu só estava com medo. — Patrícia, 19 anos

Esses relatos conectam o cuidado à dimensão social da maternidade e apontam para a urgência de práticas profissionais mais sensíveis às interseccionalidades.

De acordo com Lélia Gonzalez (1988), pioneira em mostrar que o racismo estrutural afeta a construção da identidade de crianças negras e interfere nas formas como as famílias negras se relacionam entre si e com o mundo, o racismo não é apenas uma questão de preconceito individual, mas estrutura relações sociais e afeta a maneira como os sujeitos negros se percebem e são percebidos, e isso interfere na relação pais-filhos porque os adultos também sofrem com a desvalorização e com o esforço constante de proteção dos filhos diante do preconceito.

Nota-se, a partir de algumas falas, o quanto isso se reflete na realidade. Contudo para duas das 34 entrevistadas essa não é uma questão, o que leva a uma reflexão sobre tal negação da importância e influência do preconceito na relação pais e filhos, e no atravessamento desse sofrimento na construção da autoestima das crianças em formação. Maria Lúcia da Silva (2004) nomeia como negação do pertencimento racial uma estratégia de defesa diante de um contexto que inferioriza o negro mas que, ao mesmo tempo, rompe vínculos afetivos e históricos fundamentais. A autora mostra como o preconceito racial pode gerar silêncios, inseguranças e conflitos na transmissão da identidade e da história familiar, e refletir sobre a própria história familiar, reconhecendo criticamente seu próprio lugar na cadeia narrativa de uma família é abrir lugar para a próxima geração, um lugar mais consciente e cuidadoso, onde seja possível prevenir alguns tipos de violência.

4.4 Práticas parentais não violentas

A proposta de educação sem violência foi recebida com surpresa por muitas participantes, mas também com abertura para mudança de práticas.

Eu achava que bater era o jeito certo, mas vi que não é. — Janaina, 18 anos

Aprendi que posso conversar e mostrar as coisas pro meu filho sem gritar. — Thaís, 23 anos

Essas respostas indicam a importância de oferecer modelos alternativos às práticas educativas tradicionais, muitas vezes pautadas na violência naturalizada como correção.

A perpetuação da violência estrutural e a internalização da violência cultural contribuem para o aumento e a naturalização das formas de violência direta. Em vista disso, Mata et al. (2017) ressaltam a importância de atribuir significado às experiências vivenciadas entre familiares e crianças, especialmente em contextos de camadas populares, para evitar práticas de desqualificação que podem levar à criminalização da pobreza. Assim, é necessário que os profissionais de saúde considerem tanto os danos causados às crianças em situações de negligência e violência quanto os diversos riscos enfrentados por essas famílias, de forma a perceber que famílias negligentes e violentas frequentemente também são vítimas de violência e negligência. Portanto, exige-se que as intervenções profissionais sejam orientadas ao cuidado dessas famílias, com o objetivo de fortalecê-las para que possam exercer suas funções protetoras em relação às crianças.

4.5 Novas categorias emergentes

A análise temática das respostas abertas revelou, além das quatro categorias previamente discutidas, outras dimensões relevantes da experiência das participantes no Programa Escola da Família. Essas categorias emergentes, embora menos recorrentes em termos quantitativos,

apresentam grande densidade simbólica e apontam para aspectos sutis, mas decisivos, no processo de subjetivação, cuidado e transformação. Três eixos se destacam: espiritualidade como recurso emocional, insegurança diante do futuro e desejo de protagonismo e multiplicação.

4.5.1 Espiritualidade como recurso de enfrentamento emocional

A presença da fé, ainda que não tematizada diretamente nos encontros, surgiu em algumas falas como uma forma de enfrentamento dos desafios emocionais da maternidade, funcionando como uma espécie de contenção simbólica.

Eu conversei com Deus muito durante a gravidez. Agora vejo que Ele me mandou esse curso como resposta. — Sílvia, 22 anos
A gente aprende aqui, mas o que me fortalece também é saber que Deus tá comigo. — Érica, 24 anos

Esse recurso espiritual pode ser compreendido como parte do patrimônio simbólico das mulheres em contextos populares, oferecendo estrutura psíquica para lidar com a vulnerabilidade, o medo e a solidão. Ainda que não institucionalizada, essa dimensão emocional e espiritual tem função protetiva e merece ser reconhecida em programas que visam o cuidado integral.

4.5.2 Insegurança quanto à sustentação das mudanças

Outro ponto recorrente nas entrelinhas das falas é o receio de que as transformações vividas durante o programa não se sustentem no tempo, especialmente diante da ausência de apoio contínuo fora do espaço dos encontros.

Aprendi muita coisa, mas fico com medo de esquecer. De voltar pro automático, sabe? — Fabiana, 20 anos
Aqui a gente se sente forte. Mas lá fora, às vezes, tudo pesa de novo.” — Mariana, 21 anos

Esse sentimento reflete a fragilidade das redes de suporte externas e o risco de recaída em práticas herdadas, como a reprodução de violências naturalizadas. Segundo Vygotsky (2007), a internalização de novos saberes depende não apenas da transmissão, mas do contexto de sustentação. Essa constatação reforça a necessidade de políticas que articulem formação continuada, apoio territorializado e redes de cuidado intersetoriais, como forma de consolidar os efeitos da formação inicial.

4.5.3 Desejo de protagonismo e de ser agente de transformação

Embora a maioria das falas revele o lugar de escuta e acolhimento vivido pelas mulheres, algumas extrapolam esse lugar e sinalizam uma vontade ativa de compartilhar o que foi aprendido, ajudar outras mulheres e tornar-se multiplicadoras do cuidado.

Eu queria poder fazer parte do grupo que dá esse curso um dia. Já pensou? — Talita, 19 anos

“Dá vontade de juntar outras mães da minha rua pra conversar igual a gente fez aqui.” — Juliana, 23 anos

Essas expressões apontam para uma mudança de posição subjetiva, na qual a mulher deixa de ser apenas usuária de um serviço e passa a se reconhecer como agente potencial de transformação social. Esse movimento está alinhado à pedagogia crítica de Paulo Freire, que valoriza a experiência como fonte de saber e propõe que sujeitos historicamente silenciados sejam também produtores de conhecimento.

A institucionalização de espaços de protagonismo — como grupos de pares, lideranças comunitárias femininas ou formação de multiplicadoras — pode ser um caminho para ampliar o alcance do programa e fortalecer o empoderamento comunitário de base.

As categorias emergentes revelam a complexidade subjetiva e social das mulheres atendidas. Elementos como fé, medo da regressão e desejo de protagonismo coexistem e produzem camadas adicionais de sentido à experiência vivida no programa. Essas dimensões não

devem ser entendidas como marginais, mas como fios sensíveis que tecem a possibilidade real de transformação a partir do cuidado, da escuta e da validação das histórias de vida.

Incorporar essas vozes — mesmo que discretas — ao planejamento e avaliação de políticas públicas é reconhecer que o impacto de um programa ultrapassa o conteúdo ministrado: ele se enraíza nas experiências, valores, crenças e desejos de quem o vivencia. E é nesse campo simbólico que, muitas vezes, começa a verdadeira ruptura com os ciclos de violência e exclusão.

5. Discussão

Essa análise trouxe uma compreensão mais profunda do impacto do “Escola da Família” a partir da percepção das gestantes que passaram pelo programa sobre o que mudou para elas depois da experiência, dentro dos temas abordados.

Encontrou-se na escuta das gestantes elementos que indicam a importância de suas participações no programa, o que permitiu que pudessem reconhecer padrões de violência perpetrados em seus cotidianos para que fosse possível desconstruir alguns padrões ou mesmo buscar proteção externa, bem como reelaborar experiências traumáticas vividas em suas próprias infâncias.

Os resultados apresentados evidenciam o impacto positivo do Programa Escola da Família na formação de gestantes e puérperas, sobretudo no fortalecimento de práticas parentais baseadas no afeto, na informação e na prevenção da violência. A articulação entre os dados quantitativos e qualitativos revela um processo subjetivo de transformação desencadeado pela escuta, pelo acolhimento e pela reflexão crítica sobre a experiência da maternidade.

A média geral elevada em todos os eixos (superior a 4,5 numa escala de 1 a 5) sugere que o programa contribuiu significativamente para o preparo das participantes no cuidado com os bebês, especialmente em dimensões como alimentação, saúde emocional e vínculo afetivo. As questões com maior média estão ligadas a práticas de cuidado cotidiano,

o que reforça o papel dos encontros como espaço de construção de saberes práticos e significativos para o cotidiano das famílias.

Contudo, o eixo “Violência e Proteção”, embora bem avaliado, apresentou a menor média (4,53) e maior variabilidade, sugerindo que este é um campo mais desafiador para o enfrentamento.

Na literatura encontramos fundamentos que indicam a importância das redes de apoio para a promoção da saúde mental de gestantes em situação de vulnerabilidade. Patto (1999) enfatiza que a exclusão social afeta diretamente a subjetividade dos indivíduos. Gestantes vulnerabilizadas tendem a experimentar solidão, medo e insegurança. A construção de redes de acolhimento contribui para uma escuta qualificada e resgate de sua potência subjetiva, promovendo saúde mental. Essas redes ajudam a garantir acolhimento, fortalecer o sentimento de pertencimento e valorizar a subjetividade dessas mulheres, esses aspectos contribuem para uma gestação mais saudável e para o início da experiência da parentalidade, com efeitos positivos para a saúde da mãe e do bebê.

A partir desse resgate é possível refletir sobre seu próprio lugar de mãe e o papel parental na criação dos filhos, essa reflexão é fundamental para a constituição subjetiva da maternidade, o fortalecimento de vínculos e a promoção do desenvolvimento saudável da criança.

Winnicott (1983) destaca que a maternidade não é apenas uma função biológica, mas um processo psíquico complexo que envolve a construção do lugar de mãe a partir da interação com o bebê e da rede de apoio. Ele introduz o conceito de “mãe suficientemente boa”, mostrando que o reconhecimento do próprio lugar como cuidadora é essencial para a adaptação às necessidades do bebê e para o desenvolvimento emocional da criança. O autor propõe que o psiquismo do bebê não estava dado ao nascimento e ia se desenvolver de forma saudável mediante os cuidados prestados a ele.

5.1. Prevenção e parentalidade

O termo “parentalidade” tem suas raízes no início da civilização ocidental industrial, mas foi incorporado à prática clínica apenas nas

últimas cinco décadas. Ele se faz cada vez mais relevante na medida em que avançam os conhecimentos sobre a vida emocional dos bebês e o papel de suas interações com seus principais cuidadores e com o ambiente, o que inclui a família e a comunidade, para o seu desenvolvimento psíquico.

Gutfreind (2021) propõe que a capacidade narrativa entre pais e filhos é essencial para a saúde desse vínculo. A ausência de comunicação, ou seja, aquilo que não é verbalizado, pode interferir negativamente na função parental. Isso ocorre porque bloqueios na transmissão de experiências, especialmente aqueles resultantes de traumas, podem comprometer essa função. Vida nenhuma começa sem uma narrativa, uma vez que o bebê já nasce inserido em uma história que o precede, e que vem a partir das histórias de seus pais, assim como a forma que vai tomar a relação desses novos pais com seus filhos é dada em parte pela experiência desses pais com seus próprios cuidadores, em suas próprias infâncias. Aquilo que foi vivido como violento, porém não percebido como violento, pode passar pela narrativa como parte dos cuidados necessários, o que abre caminho para que novas práticas violentas sejam repetidas, uma vez que não puderam ser elaboradas.

Carmo e Harada (2006) enfatizam, a importância de rever a concepção que atravessa o enfrentamento da violência contra crianças pois, via de regra, essa problemática é interpretada como uma questão que depende de órgãos públicos como, por exemplo, o Conselho Tutelar e Vara da Infância e da Juventude. As autoras chamam a atenção para a necessidade de uma ruptura com a aceitação cultural, ainda presente em quase todas as classes sociais, e do uso da violência física como um método educativo. Para tanto, elas destacam a importância da atuação dos profissionais de saúde, no que tange à sensibilização de pais e responsáveis sobre adoção de formas não violentas na educação.

É um grande desafio atuar sobre a questão da violência contra a criança, pois, segundo Minayo (2001), esse tipo de violência faz parte da educação em muitas sociedades como instrumento de correção contra desobediências. A autora chama atenção para o fato de que foi somente nos últimos 40 anos que a prevenção da violência ganhou

espaço, e que tal movimento foi liderado por profissionais de saúde e movimentos sociais. Desse modo, programas de prevenção primária, secundária e intervenções passaram a compor a pauta de instituições públicas, privadas e de ONGs.

5.1.1 Vínculo e constituição psíquica

A constituição subjetiva do bebê será viabilizada pela sua relação com seu objeto primordial, ou seja, a relação materno-infantil desde a gestação até o segundo ano de vida, que fornece as bases para o sucesso deste desenvolvimento. Os alicerces desse processo serão firmados principalmente nos primeiros meses de vida, através de uma maternagem suficientemente boa, que abarca um conjunto de cuidados dedicados ao bebê, promovendo a continuação da provisão fisiológica característica do momento anterior ao nascimento biológico, aquela que se dá durante a gestação (WINNICOTT, 1960/1983).

Alvarez (2020) apresenta uma fundamental expansão do pensamento psicanalítico a respeito do papel do objeto primordial, a mãe. A autora propõe pensar a relação intersubjetiva do neonato com os objetos primordiais enquanto parte de um ambiente mais amplo, que inclui a família nuclear, a família ampliada e, até mesmo, as condições sociais que cercam o bebê, além do seu potencial genético, isto é, sua tendência de crescer e se desenvolver.

Essa perspectiva possibilita a reflexão sobre o suporte em rede, ou, mais precisamente, em teia, que ocorre de fora para dentro, com a díade mãe-bebê no centro dessa teia, devendo ser protegida, cercada primeiramente pelo pai da criança, quando possível. No entanto, Winnicott (1960, 1983) sugere uma reflexão sobre a função paterna, que pode ser exercida por outras figuras dessa rede de apoio à mãe, permitindo que ela se dedique integralmente à sua função de suporte ao lactente. Esse suporte inclui, portanto, os demais membros do núcleo familiar principal. No halo seguinte, encontram-se outros familiares ou amigos, que prestam suporte e apoio, ainda que de forma indireta. Além disso, o trabalho funciona como um suporte financeiro para a família, e,

por fim, o poder público e a sociedade como um todo desempenham papéis importantes. Dessa forma, o bom desenvolvimento de cada indivíduo é, em certa medida, uma responsabilidade não apenas dos pais, e menos ainda exclusivamente da mãe, como muitas vezes a cultura pode sugerir.

Entende-se que, a partir destas mudanças de paradigma, é possível compreender as nuances desse processo subjetivante de forma mais ampla, percebendo a mãe como alguém com suas próprias limitações e potenciais, e como parte de um sistema necessário ao bom desenvolvimento de cada pessoa. Esse entendimento permite que se tornem compreensíveis as interconexões entre o psiquismo materno e o psiquismo nascente do infante, o que considera as condições muitas vezes adversas nas quais a dupla está inserida.

O contexto precário é um fator determinante para a desestabilização emocional dos principais cuidadores do bebê. A violência estrutural, resultante da desigualdade no sistema socioeconômico devido à má distribuição de renda, impacta o acesso aos recursos de saúde, educação, mobilidade urbana, alimentação e segurança. Além disso, as violências sofridas na infância pelos cuidadores podem influenciar a dificuldade de vinculação e, em alguns casos, a ausência do desejo da gestante em se tornar mãe. Nem sempre a gravidez é desejada, e isso pode acarretar consequências negativas para a vida da mãe, incluindo a evocação de memórias ou significantes negativos relacionados a rejeições sofridas na infância da gestante.

5.1.2 A comunicação para quem, e além, das palavras – Práticas parentais

Sobre a constituição psíquica, Fontes (2017) defende que não haveria possibilidade de equações simbólicas nas patologias onde não foi possível mais do que uma construção precária de um “eu” discriminado de “um não-eu”, ou seja, em situações em que o processo subjetivo não pôde acontecer a contento. A dificuldade estaria no trajeto entre a sensação percebida e a ideia que se forma a partir

dela, portanto, sua representação. A representação da experiência pode ser chamada de narrativa, ou seja, a capacidade de pensar o que foi vivido de forma linear e coerente. A narratividade da criança se inicia de modo pré-verbal, mas se edifica na forma verbal, e tem uma função antitraumática, de laço, ao permitir que o que foi vivido seja elaborado.

Golse (2003) destaca a função defensiva que a narratividade exerce ao organizar os processos de ligação ou elaboração. A incapacidade de expressar verbalmente a experiência violenta não apenas agrava o trauma, mas constitui um trauma em si. Nesse contexto, adultos com maiores dificuldades em interpretar as mensagens recebidas tendem a cometer mais atos de violência contra seus filhos. Rodrigues e Chalhub (2014) indicam que 70% dos agressores de seus filhos foram vítimas de violência na infância ou testemunharam situações de violência intrafamiliar, o que sugere que tais experiências podem influenciar a adoção de formas violentas de resolução de conflitos. No entanto, os autores ressaltam que nem todos os que sofreram ou presenciaram violência na infância reproduzem esse comportamento na vida adulta.

Além das possibilidades de elaboração do trauma, diversos fatores contribuem para a perpetuação dos padrões disfuncionais de relacionamento entre pais e filhos. Entre estes, está a negação das necessidades humanas básicas. Diante disso, Galtung (1990) argumenta que a violência estrutural perpetua as desigualdades sociais e econômicas, sendo essa forma de violência profundamente enraizada na sociedade e afetando de forma significativa os mais vulneráveis. Essa violência estrutural pode ser reforçada por uma violência cultural que, por meio de elementos simbólicos como religião, linguagem, arte e ciência, legitima tanto a violência direta quanto a estrutural.

Pode-se pensar a parentalidade como nova oportunidade de tradução daquilo que voltará à tona diante da recriação da situação em que houve a implantação da mensagem. Usa-se esses modelos para pensar sobre a possibilidade de que a violência de pais para filhos seja transmitida em ato por se tratar de uma mensagem intraduzível, como algo disruptivo.

Portanto, acredita-se ser possível considerar que atos de violência cometidos contra crianças de 0 a 2 anos por seus pais podem também ser uma tentativa de dar vazão aos conteúdos que não puderam ser elaborados ou simbolizados nas relações precoces do próprio adulto, constituindo uma transmissão, uma passagem. Neste sentido, pode-se perguntar se a escuta atenta e o olhar sensível e capacitado dos profissionais de saúde podem contribuir para a diminuição dos fatores de risco e o aumento dos fatores protetivos na busca pela prevenção da violência contra crianças, em especial na primeira infância, e é isto que este estudo se propôs a verificar.

6. Conclusão

Os resultados deste estudo evidenciam que o Programa Escola da Família – promovendo práticas parentais com afeto e sem violência contribuiu de maneira significativa para a construção de um ambiente de escuta, acolhimento e empoderamento de gestantes e puérperas em situação de vulnerabilidade. As participantes demonstraram alta apropriação dos conteúdos abordados, especialmente no que se refere aos cuidados com o bebê, à saúde materna e à construção do vínculo afetivo.

A análise qualitativa revelou o quanto o espaço de escuta qualificada foi essencial para a emergência de processos de elaboração subjetiva. As mulheres relataram transformações importantes na forma de pensar a maternidade, refletindo sobre suas próprias histórias, reconhecendo práticas violentas herdadas e se abrindo à possibilidade de exercer a parentalidade de forma consciente e respeitosa.

Embora o eixo “Violência e Proteção” tenha recebido avaliação positiva, ele apresentou maior variabilidade nas respostas, indicando a necessidade de aprofundamento nesse tema. A naturalização da violência como forma de correção, somada ao desconhecimento sobre violência simbólica, sexual e institucional, evidencia que ações formativas contínuas são fundamentais para desconstruir essas práticas e fortalecer fatores protetivos.

O programa também se destacou como espaço de reconhecimento e fortalecimento das redes de apoio, ampliando o sentimento de pertencimento e diminuindo a solidão e a sobrecarga relatada por muitas mães. Essa experiência dialoga com a perspectiva de Silvia Lane (1990), ao entender o amparo como resultado de relações sociais concretas que sustentam ou limitam o sujeito, e com Winnicott, ao reafirmar que nenhuma mãe cuida sozinha – é preciso uma rede, uma teia.

As falas sobre racismo, preconceito e discriminação também indicam que o cuidado materno não pode ser compreendido fora de uma abordagem interseccional. É necessário que os serviços públicos acolham essas mulheres com respeito, escuta e reconhecimento, contribuindo para a reconstrução do lugar da mulher negra, periférica e jovem na sociedade e na maternidade.

Diante dos achados, recomenda-se:

- A continuidade e ampliação do Programa, inclusive para outros territórios e públicos;
- A formação continuada de profissionais de saúde com foco em escuta sensível, antirracismo e práticas parentais não violentas;
- A integração do programa a redes intersetoriais de proteção à infância e apoio à maternidade.

Violências sofridas dentro e fora de casa, práticas parentais agressivas e violência de gênero e raça muitas vezes são perpetuadas como naturais por não serem reconhecidas como violências. Nesse contexto, o cuidado com os filhos pode ser palco para a reprodução de experiências traumáticas não elaboradas.

Considerando que na maioria dos casos a violência sofrida por crianças de 0 a 2 anos de idade é cometida pelas mães ou principais cuidadores, o programa buscou abordar as principais temáticas que envolvem os primeiros cuidados da gestação ao segundo ano de vida, incluindo através de um olhar sensível e uma escuta atenta, reflexões sobre o lugar destas futuras mães na sociedade, para que elas pudessem ressimbolizar sua experiência e sua posição parental diante das violências

quotidianas sofridas por elas, enquanto filhas, enquanto mulheres e enquanto mães.

As mulheres que responderam ao questionário apontaram o amparo, a informação e o acolhimento como principais ganhos em participar do programa, que contribuíram para a diminuição dos fatores de risco e o aumento dos fatores protetivos na busca pela prevenção da violência contra elas mesmas e contra seus filhos.

Para Silvia Lane (1990), a subjetividade humana é construída nas relações sociais, especialmente aquelas mediadas pelas condições materiais e históricas de existência. Assim, o amparo não é apenas uma experiência emocional ou simbólica, mas uma expressão concreta das relações sociais que sustentam ou limitam o sujeito.

Do mesmo modo, Lane (1990) afirma que o sujeito se constitui na relação com o outro, em condições materiais específicas, e, portanto, a subjetividade é uma construção histórico-social. Assim, ter ou não ter amparo não é apenas uma questão individual ou familiar, mas reflete as possibilidades reais de suporte (afetivo, econômico, institucional) que uma sociedade oferece a seus membros. A autora propõe que a atuação do psicólogo, especialmente na área social, deve incluir o compromisso com o reconhecimento da realidade concreta dos sujeitos, e com a criação de espaços de escuta, acolhimento e ação coletiva.

Nesse sentido, amparar é, antes de tudo, dar lugar à voz do outro e atuar para transformar as condições sociais que produzem sofrimento. Que programas como este se multipliquem e se consolidem como política pública estruturante de cuidado, justiça e transformação.

7. Referências

- ALVAREZ, Anne. Companhia viva: psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, desamparadas e que sofreram abuso. São Paulo: Blucher, 2020.
- BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2009.
- CARMO, Maria Eliana V.; HARADA, Maria Juraci M. Violência familiar contra a criança: um desafio para os profissionais de saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 59, n. 4, p. 531–535, 2006.

- FONTES, Ivanise de Azevedo. A descoberta de si mesmo na visão da Psicanálise do Sensível. São Paulo: Ideias & Letras, 2017.
- GALTUNG, Johan. Cultural violence. *Journal of Peace Research*, v. 27, n. 3, p. 291–305, ago. 1990.
- GOLSE, Bernard. Sobre a psicoterapia paisbebê: narratividade, filiação e transmissão. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. 165 p.
- GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. In: SILVA, Lourdes (Org.). Lélia Gonzalez. São Paulo: Zahar, 1988. p. 83–96.
- GUTFREIND, Cristiane. O cuidado como narrativa: vínculos, histórias e escuta em saúde. Porto Alegre: Editora Fiocruz/EDIPUCRS, 2021.
- LANE, Silvia T. M. Psicologia social: o homem em movimento. São Paulo: Brasiliense, 1990.
- MATA, Natália Teixeira; SILVEIRA, Liane Maria Braga da; DESLANDES, Suely Ferreira. Família e negligência: uma análise do conceito de negligência na infância. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2881–2888, set. 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017229.13032017. ISSN 1678-4561. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.13032017>.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 7–18, 2001.
- PATTO, Maria Helena Souza. Estado, ciência e política na Primeira República: a desqualificação dos pobres. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 167–198, 1999.
- RODRIGUES, Luciana Santos; CHALHUB, Anderson Almeida. Contextos familiares violentos: da vivência de filho à experiência de pai. *Pensando Famílias*, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 7792, dez. 2014.
- ROSA, M. D. (2001). O não-dito familiar e a transmissão da história. *Psychê*, São Paulo, 5(8), 123–137.
- SILVA, Maria Lúcia da. Violência e racismo institucional: o cuidado que não cura. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 115–120, 2004.
- VYGOTSKY, L. S. A formação social da mente. [^1] São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- WINNICOTT, D. W. (1983). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In D. W. Winnicott, O ambiente e os processos de maturação (pp. 38-54). Por Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1960).

ENTRE O MITO E O DESEJO: A MATERNIDADE NA PSICANÁLISE E NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE



Márcia Cristina Maesso
Thamyris Pimentel da Fonseca

1. Introdução

A maternidade, enquanto experiência singular e coletiva, ultrapassa a dimensão biológica, e se configura como um complexo entrelaçamento de fatores psíquicos, sociais, culturais e econômicos. A chegada de um filho frequentemente atua como disparador de uma condição de vulnerabilidade psíquica na gestante, evidenciando os atravessamentos reais, simbólicos e imaginários que a maternidade convoca. Historicamente, a medicina tradicional negligenciava os sintomas psíquicos apresentados pelas mulheres, invisibilizando seu sofrimento até o surgimento da psicanálise no final do século XIX, que possibilitou um espaço de escuta para o mal-estar que se manifestava no corpo.

No contexto da maternidade, o sofrimento pode estar relacionado com a idealização excessiva do amor materno, o julgamento e culpabilização diante da dificuldade em sentir afeto pelo recém-nascido e a pressão do discurso social que impõe padrões rígidos de comportamento para as mães. Essa pressão diverge da experiência singular de cada mulher, gerando sofrimento e mal-estar.

Ao explorar a dimensão subjetiva da maternidade e suas intersecções com fatores sociais, culturais e econômicos, este estudo busca contribuir para o reconhecimento e acolhimento do sofrimento psíquico de mulheres no período perinatal. Dessa forma, o presente trabalho tem como principal objetivo discutir criticamente o mito

do amor materno que está imbricado ao lugar social da mulher, aos padrões idealizados de parentalidade e de composição de família, valendo-nos de aportes da psicanálise em extensão às políticas públicas de saúde. Especificamente, trata-se de buscar meios para desconstruir a idealização da maternidade, para contribuir com políticas públicas de saúde mais humanizadas que considerem a formação ética e a reflexão contínua dos profissionais de saúde que atuam na atenção às mulheres no período perinatal.

Badinter (1985), em sua obra *O amor conquistado: Os mitos do amor materno*, discute como a idealização da maternidade e a inexistência de um conhecimento natural sobre como ser mãe criam expectativas irreais, que podem resultar em sentimentos de angústia e desamparo. É essencial desconstruir a ideia de um instinto materno inato e compreender que o amor de mãe pode ser incompleto, instável ou até inexistente. A psicanálise, ao dar voz ao indizível e permitir a reelaboração de fantasmas e desejos inconscientes, oferece um caminho para ressignificar essa construção ideológica do que é ser mãe.

Vescovi *et al.* (2022) realizaram uma análise crítica das políticas públicas brasileiras relacionadas à saúde mental na gestação, no nascimento e na primeira infância. O resultado da pesquisa revela que, apesar de reconhecerem a importância da atenção integral, ainda carecem de definições claras sobre saúde mental e de especificações sobre a capacitação e o papel dos profissionais para atuar nessa área. A articulação entre a psicanálise e a saúde coletiva se mostra, portanto, essencial para subsidiar a formulação de políticas mais eficazes e humanizadas, que promovam o bem-estar biopsicossocial das famílias.

A teoria psicanalítica pode auxiliar na compreensão do mal-estar suscitado pela maternidade, fornecendo ferramentas conceituais para desvelar as dinâmicas inconscientes e os impactos da idealização social da maternidade. Com isso, é possível acolher e orientar essas mães de forma mais efetiva por meio de políticas públicas que integrem a saúde mental, promovendo a formação de profissionais da saúde para uma escuta qualificada e a implementação de intervenções que considerem as dimensões subjetivas, sociais e políticas da parentalidade.

O presente trabalho aborda os pressupostos teóricos que sustentaram a proposta de formação de profissionais da saúde realizadas no bojo do Programa Escola da Família, no qual foi adotada uma metodologia ativa, contando com a mediação artística propulsora de reflexões e a escuta das ambivalências afetivas presentes nas relações, mantendo no horizonte o objetivo de desconstruir ideais normativos em torno da maternidade e acolher o sofrimento psíquico.

2. Metodologia

A metodologia da proposta empreendida no projeto de formação de profissionais do Programa Escola da Família foi ancorada na ética da psicanálise, compreendida como prática do bem-dizer, em que o sujeito é tomado como dividido e atravessado por desejos inconscientes, fantasmas e contradições. Portanto, articulou contribuições teóricas de Lacan (1998; 2008) para a escuta das políticas públicas, da cultura e dos discursos que circunscrevem o lugar da mulher-mãe na contemporaneidade. A mediação pela arte, como fotografias, filmes e textos literários, operou como dispositivo de acesso e questionamento dos discursos que impõem estereótipos de maternidade e de trabalho profissional especializado, baseados no controle disciplinar, como advertiu Foucault (1987), de modo a favorecer o descentramento do saber e a emergência de afetos e significantes silenciados no campo da saúde.

O presente capítulo destina-se a abordar os pressupostos que fundamentaram a metodologia da formação. Sendo assim, a discussão deste trabalho foi estruturada em dois eixos interligados. O primeiro, *Breve história da construção do mito materno*, contextualiza historicamente a idealização da maternidade na cultura ocidental e o segundo, *A Maternidade e Parentalidade na Psicanálise*, aprofunda os conceitos psicanalíticos que desnaturalizam essa visão.

Essa abordagem metodológica não se propõe a esgotar a complexidade da experiência materna, mas sim a abrir espaço para a escuta das ambivalências, da angústia e do sofrimento psíquico que atravessam o tornar-se mãe, bem como as dificuldades encontradas pelos profissionais

que atuam na atenção às mulheres no período perinatal. Ao operar com os conceitos de função materna, desejo, angústia e nomeação, o trabalho se debruça sobre a construção simbólica da maternidade e implicações psíquicas concernentes ao entrecruzamento das exigências culturais e as normativas de gênero da contemporaneidade.

3. Discussão

3.1. Breve história da construção do mito materno

É fundamental situar os discursos de cada período em seu devido contexto. Conforme aponta o historiador Philippe Ariès (1981), a mentalidade europeia passou por significativas transformações sociais e familiares, alterando a percepção sobre a infância e as práticas de cuidado. Por meio de análises iconográficas, Ariès (1981) demonstrou que na Idade Média não existia um sentimento de infância como o conhecemos hoje. Isso não indica ausência de afeto ou negligência, mas sim que as crianças não eram vistas como seres com características distintas dos adultos, sendo integradas às suas atividades assim que adquiriam certa autonomia.

Com a chegada da modernidade e a consolidação do capitalismo entre os séculos XVII e XVIII, emergiu a ideologia do amor materno como um instinto natural e incondicional, um mito analisado pela filósofa e historiadora Elizabeth Badinter (1985). A dedicação à criança, sua educação e formação passaram a ser vistas como um investimento para o futuro, visando a formação de adultos perfeitamente ajustados à lógica capitalista. Esse ideal materno opera como imperativo superegóico no discurso atual, exigindo da mulher uma performance totalizante, onde qualquer falha é vivida como culpa subjetiva.

Essa associação entre o mito do amor materno e as demandas socioeconômicas se manteve na cultura contemporânea, influenciando os processos de subjetivação no bojo do neoliberalismo, que visa a manutenção do sistema capitalista. O sentimento de culpa vivenciado por mães que almejam realizações para além da maternidade evidencia

o peso dessa lógica, que equipara o amor materno à garantia de que a criança se torne um adulto bem-sucedido nos moldes neoliberais.

A parentalidade, na contemporaneidade, ainda é delimitada a partir de diferenças de gênero que foram construídas ao longo da história, contando com uma complexidade de discursos que são reproduzidos pela sociedade. As distinções biológicas foram historicamente utilizadas para justificar diferentes papéis na maternidade e na paternidade. A capacidade feminina de gestar foi associada à função do cuidado, enquanto os homens, seguindo uma correlação histórica entre função e biologia, foram mantidos afastados do ambiente doméstico e do cuidado com os filhos, um distanciamento que a industrialização intensificou. Contudo, essa ausência paterna fortaleceu a presença de uma autoridade paterna simbólica na família tradicional (COSSI, 2020).

A evolução histórica da família transitou de um modelo tradicional, baseado na transmissão de patrimônio, para um modelo moderno, a partir do século XVIII, fundamentado no amor romântico e na afetividade. P. Julien (2000) aponta que a modernidade introduziu uma cisão crucial entre a conjugalidade (a relação íntima do casal, pertencente à esfera privada) e a parentalidade (a criação dos filhos, que atrai a regulação da esfera pública). Essa separação, aliada ao declínio de referências simbólicas, atribuiu ao casal a responsabilidade pela transmissão de valores psíquicos fundamentais às novas gerações (ZORNIG, 2010).

Como afirma Quinet (2001), no discurso do capitalista, o outro é foracluído do laço social e rebaixado à condição de objeto de consumo. A relação mãe-bebê, nesse cenário, corre o risco de ser esvaziada de seu caráter intersubjetivo e erógeno, para se tornar uma relação de gestão e consumo, onde o sofrimento psíquico é a consequência inevitável da falha em corresponder a esse ideal de *performance*. Apesar de as correlações entre características biológicas e a atribuição de funções de gênero ainda influenciarem a parentalidade, a psicanálise, desde Freud, defende, tanto na teoria quanto na prática clínica, que a biologia do organismo não determina a condição humana, nem o desejo de ter e cuidar de um filho.

A permanência do mito do amor materno como fundamento da identidade feminina, agora articulado ao discurso neoliberal, atualiza e intensifica as exigências históricas dirigidas às mulheres. O imperativo contemporâneo de conciliar maternidade, produtividade e realização pessoal opera como uma nova forma de sujeição, mascarada por ideais de liberdade e escolha individual. No entanto, esse discurso encobre a solidão e a sobrecarga que recaem majoritariamente sobre as mães, sobretudo em contextos de desigualdade social. Essa lógica reforça o sofrimento materno como fracasso individual, desresponsabilizando o coletivo e invisibilizando a necessidade de políticas públicas de saúde mental que reconheçam o impacto psíquico dessas pressões. Portanto, compreender o mito materno em sua construção histórica permite não apenas desconstruir ideais normativos, mas também fundamentar a urgência de políticas que acolham a ambivalência, o desejo e o sofrimento presentes na experiência materna.

3.2 A Maternidade e Parentalidade na Psicanálise

A psicanálise oferece uma perspectiva multifacetada sobre a maternidade, desnaturalizando a ideia de um instinto materno e revelando suas complexas dimensões psíquicas e sociais. A entrada na parentalidade não é um atravessamento inerentemente instintivo; pelo contrário, ganha forma por meio de um trabalho simbólico de nomeação e sustentação. A função parental pressupõe uma função essencial de nomeação, que implica em um remanejamento de identidade no sujeito. Assim, tornar-se mãe ou pai significa nomear-se enquanto tal e sustentar esses significantes.

A perinatalidade, que abrange todo período da gestação, do parto e do puerpério, é independente da parentalidade. A reprodução de um corpo não implica necessariamente no nascimento de uma mãe, e a experiência da gestante não oferece vantagem sobre outros cuidadores potenciais. Para a psicanálise, a entrada na posição parental é representada pelo paradigma da adoção, um ato de escolha e ancoragem da existência nessa criança, assumindo os riscos de tal escolha (BORGES *et al.*, 2025).

A função materna, no sentido lacaniano, designa a inigualável relação entre o bebê e o adulto que dele se encarrega, inserindo-o na linguagem e no universo das relações humanas. Essa função se estrutura através de um interesse particularizado, podendo ser desempenhada pelo pai ou por outro adulto que assuma o cuidado. A constituição psíquica do bebê se dá no campo relacional, onde o cuidador, ao reconhecê-lo como alvo de cuidados, instaura o processo de filiação.

A função materna não se realiza no domínio do biológico, mas no simbólico. Como aponta Lacan (1957/1998), a mãe é convocada a ocupar um lugar de Outro primordial, que responde ao choro do bebê com significantes, inaugurando assim a entrada do sujeito na linguagem. No entanto, se esse lugar não for regulado por um terceiro termo — a função paterna simbólica — há o risco de fusão entre mãe e filho, que compromete a separação necessária à constituição psíquica.

A idealização excessiva do amor materno pela sociedade, que o concebe como inato e inquestionável, impõe uma universalidade que pode gerar culpa e angústia quando a mulher não se encaixa nesse ideal. Essa idealização é um mito, e a desconstrução dela é crucial para um novo olhar sobre a maternidade. A maternidade implica em renúncias, como a da passividade do cuidado e, muitas vezes, do próprio lugar de filha, especialmente quando a mãe também se torna mãe novamente. A mulher pode sentir-se sobrecarregada e desassistida, vivenciando o luto da mulher que era antes da gestação.

A angústia na pós-maternidade é comum, e o sofrimento materno está amplamente relacionado à pressão do discurso social que define padrões ideais. A psicanálise, ao oferecer escuta, permite que a mulher-mãe reedite fantasmas e desejos inconscientes, construindo uma “mãe faltosa, mas uma mãe possível” (BORGES et al., 2025, p. 5).

Rossafa e Antloga (2025) discutem a maternidade da mulher trabalhadora brasileira sob perspectiva psicanalítica, concluindo que, sob o imperativo do gozo da cultura contemporânea, a mulher busca corresponder simultaneamente aos papéis de mãe amorosa e profissional bem-sucedida. Isso a deixa “por conta própria” e leva à exploração de seu trabalho reprodutivo. De modo análogo, laconelli (2023) descreve

como *políticas reprodutivas* e discursos neoliberais pressionam as mães – por exemplo, fragmentação do vínculo conjugal pós-parto, precarização da infância em populações pobres – como consequências das formas hegemônicas de reprodução social. Em linhas gerais, essas autoras mostram que o sofrimento materno e parental não é apenas clínico, mas também fruto de desigualdades sociais e noções de gênero contemporâneas.

No Brasil, o conceito de socioafetividade (FACHIN, 1992) tem sido utilizado para reconhecer vínculos de parentesco não necessariamente ligados por laços de sangue, ampliando a compreensão de família. O processo de tornar-se pai inclui riscos psíquicos e a necessidade de reestruturar contornos e encontrar novos equilíbrios para assim sustentar suas funções (HOUZEL, 2004).

O Programa Escola da Família constitui um exemplo concreto de como os conceitos psicanalíticos apresentados nas seções anteriores podem ser traduzidos em intervenções no campo das políticas públicas de saúde. Ao privilegiar a escuta das singularidades e utilizar a mediação pela arte, o Programa Escola da Família se propôs a problematizar as idealizações em torno da maternidade e os modos como o sofrimento psíquico das mulheres tem sido frequentemente patologizado. Em vez de reafirmar modelos normativos ou oferecer respostas prontas, o programa criou um espaço de reflexão crítica, no qual esses discursos puderam ser questionados e ressignificados. Tratou-se de uma metodologia que se alinha à ética da psicanálise, apostando na construção subjetiva da parentalidade e na circulação da palavra como via de cuidado.

A formação para profissionais da saúde, como a proposta pelo Programa Escola da Família no município de Niterói (BRASIL *et al.*, 2025), buscou abordar a parentalidade a partir de uma visão pluralista do vínculo afetivo, com o objetivo de promover práticas parentais com afeto e sem violência. Essa iniciativa visou subverter o lugar de saber e poder atribuído aos profissionais especializados, promovendo uma escuta dos saberes populares e das ambivalências da maternidade. A equipe de saúde, incluindo o pai e outros adultos da família, deve ser vista como cuidadores, e não apenas a mãe.

O Programa Escola da Família, desenvolvido no município de Niterói, é um exemplo prático de como os princípios da psicanálise podem ser aplicados no âmbito da saúde coletiva. Em vez de impor um conhecimento técnico de cima para baixo, o programa promoveu um espaço de troca onde os saberes populares e as experiências singulares das famílias foram valorizados, através de uma metodologia ativa (BRASIL *et al.*, 2025). Ao criar um ambiente de confiança, permitiu-se que afetos inerentes à maternidade pudessem ser nomeados e elaborados coletivamente. Essa abordagem reconhece que a parentalidade não é um dado da natureza, mas um processo de construção subjetiva.

A discussão sobre o papel do psicanalista não se limita a uma conduta de cura, nem à capitalização de um saber restrito para poucos. O projeto de formação para os profissionais da rede de saúde pública, direcionado para a parentalidade, proposto por psicanalistas vinculados ao Programa Escola da Família, propõe mudanças no modelo de atenção à saúde, colocando ênfase no vínculo com os usuários, de modo a garantir o conhecimento de seus direitos e de seu protagonismo. Isso está em consonância com a ideia de que as políticas públicas devem se apoiar no princípio de garantia ao acesso universal, equânime e integral à saúde, e que o que é produzido nesse processo é ao mesmo tempo a saúde e os sujeitos aí implicados.

A formação proposta é um convite aos profissionais da saúde para que estes ocupem uma posição de escuta dos saberes populares, das ambivalências da maternidade e dos desafios dos sujeitos que exercem a função parental. Ao se permitir afetar e ser afetado pelos acontecimentos, e ao reconhecer a complexidade do afeto, a equipe de saúde pode romper com o lugar socialmente construído para as mulheres, abarcando a diversidade de aspectos que participam da construção da parentalidade e enfatizando a importância da rede de apoio familiar, comunitária e institucional.

Com o objetivo de auxiliar equipes interdisciplinares que trabalham na saúde de gestantes e suas famílias a desconstruir mitos e conhecimentos cristalizados sobre a parentalidade, foi desenvolvida uma proposta de formação que transcendesse a mera transmissão de

conceitos. Para isso, adotou-se uma metodologia fundamentada na ética da psicanálise, entendida como uma prática do bem-dizer, que se manifestou através da oferta de escuta e da mediação artística.

O uso de fotografias, filmes e crônicas literárias serviu como ponto de partida para a desconstrução de ideias e saberes rígidos, frequentemente replicados nos serviços de saúde. A arte, ao preservar o vazio e a ausência de uma verdade única, abre espaço para a criação, de modo análogo a um vaso que é modelado em torno de um espaço vazio (LACAN, 1960/2008).

Esses objetos artísticos, atuando como mediadores no processo de “(de) formação”, possibilitaram um novo tipo de conexão entre os profissionais de saúde, que passaram a compartilhar relatos de experiências pessoais e profissionais, nem sempre positivas. Isso gerou questionamentos sobre os saberes consolidados na saúde pública, que muitas vezes carregam o peso da verdade e estão entrelaçados com o mito do instinto materno.

A partir dessa abertura, surgiram dúvidas e sentimentos de impotência e fracasso, mas também emergiu o desejo de criar novas propostas de intervenção para gestantes e suas famílias, além de fomentar redes de apoio tanto entre os profissionais quanto entre as próprias gestantes.

Os princípios éticos da mediação pela arte, como método de intervenção e transmissão, facilitam a construção e a apropriação do conhecimento de forma singular (VIVES & VINOT, 2014). O objeto de arte atua como um gatilho para um trabalho psíquico, e a criação de espaços de escuta para esse processo estimula a circulação da palavra, a narração de experiências individuais e a simbolização dos afetos.

Os atravessamentos sociais de raça, classe e gênero também impactam a experiência da maternidade. Mulheres negras e periféricas, por exemplo, frequentemente vivenciam um duplo apagamento: pela idealização universal da maternidade e pela desumanização estrutural que marca suas histórias. Políticas públicas que se pretendem acolhedoras devem considerar essas interseccionalidades, garantindo cuidado singularizado e combate à naturalização das desigualdades.

4. Considerações finais

O mal-estar na maternidade, longe de ser uma falha individual ou um desvio patológico, emerge da profunda contradição entre o mito do amor materno, uma construção social histórica, e as complexas realidades subjetivas e sociais das mulheres. Este mito, intensificado na contemporaneidade pelos discursos do neoliberalismo e do capitalismo, impõe um ideal de performance inatingível, gerando culpa, exaustão e sofrimento psíquico. O corpo e a experiência da mulher são frequentemente desautorizados por uma ordem médica que privilegia a técnica em detrimento da escuta, enquanto a sociedade exige um devotamento absoluto que conflita com as múltiplas aspirações femininas.

A psicanálise, ao oferecer uma escuta qualificada para o indizível e o inconsciente, permite desnaturalizar a maternidade e acolher a ambivalência de sentimentos que a permeiam. Ao reconhecer que a parentalidade é uma construção subjetiva e um ato de nomeação que exige um remanejamento de identidade, a abordagem psicanalítica auxilia a mulher a confrontar ideais externos e a localizar seu próprio desejo, favorecendo a construção de uma mãe possível.

Essa reestruturação passa também pelo reconhecimento da singularidade da experiência parental. É necessário desconstruir ativamente a idealização da maternidade e do amor materno como algo inato e sem conflitos. Permitir que as mulheres vivenciem a parentalidade de forma autêntica, com espaço para expressar suas ambivalências, renúncias e desafios, é um passo essencial para a promoção da saúde mental. O apoio profissional e social deve validar essas experiências, e não impor um ideal inalcançável.

Finalmente, nenhuma dessas ações será plenamente eficaz sem o aprimoramento da rede de apoio. É preciso implementar políticas que fortaleçam os laços familiares, comunitários e institucionais. O cuidado com o bebê e a puérpera não pode recair exclusivamente sobre a mulher. A responsabilidade deve ser compartilhada ativamente com o pai, outros cuidadores e a sociedade como um todo, garantindo

que a mãe tenha o suporte necessário para atravessar as profundas transformações da parentalidade de maneira mais segura e saudável.

Em suma, o tratamento da angústia materna não se restringe à esfera individual, mas exige uma abordagem integrada que articule a profundidade da teoria psicanalítica com a abrangência das políticas públicas. Somente assim será possível construir um sistema de saúde mais sensível e eficaz no acolhimento do sofrimento materno, promovendo o bem-estar das famílias e contribuindo para uma sociedade mais equânime e cuidadora. Ao contrário de universalizar uma figura materna idealizada, o acolhimento psicanalítico aposta na singularidade e na escuta das impossibilidades, para que cada mulher possa inventar sua maternidade possível, sem se reduzir à figura da “boa mãe” preestabelecida pela norma científica e moral.

5. Referências

- ARIÉS, Philippe. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- BADINTER, Elizabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Nova Fronteira, 1985.
- BORGES, Cintia da Silva Lobato; VARELA, Aline Vidal; MENDES, Ana Vitória Martins. Parentalidade: do Mito Materno ao Amor Possível. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 41, p. e41nspe08, 2025.
- BRASIL, Katia Tarouquella et al. Parentalidade: Contribuições da Psicanálise para as Políticas Públicas de Saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 41, p. e41nspe11, 2025.
- COSSI, Rafael Kalaf. Masculinidade e paternidade. *Gênero* (1 ed., pp. 33-48). *Autêntica. Parentalidade & Psicanálise*, v. 3, 2020.
- FACHIN, Luiz Edson. *Estabelecimento da filiação e paternidade presumida*. Sergio Antonio Fabris, 1992.
- FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: o nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1987.
- HOUZEL, Didier. As implicações da parentalidade. *Ser pai, ser mãe. Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 47-51, 2004.
- JULIEN, Philippe. *Abandonarás teu pai e tua mãe*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2000.

- LACAN, Jacques. *A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud*, 1957. J. Lacan, Escritos, p. 496-533, 1998.
- LACAN, Jacques. *O Seminário, livro VII: a ética da psicanálise*, 1959-1960. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.
- IACONELLI, Vera. *Manifesto antimaternalista: psicanálise e políticas da reprodução*. Rio de Janeiro: Zahar, 2023.
- ROSSAFA, Renata Garutti; ANTLOGA, Carla. *Estás por Conta Própria: Reflexões Psicanalíticas Acerca da Maternidade no Brasil*. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 41, p. e41nspe05, 2025.
- VESCOVI, Gabriela et al. *Saúde mental na gestação, no nascimento e na primeira infância: análise crítica de políticas públicas brasileiras*. Cadernos Saúde Coletiva, v. 30, p. 525-537, 2022.
- VIVES, Jean-Michel; VINOT, Frédéric. *Les médiations thérapeutiques par l'art: Le Réel en jeu*. Eres, 2014.
- QUINET, Antônio. *A heteridade em Lacan. Comunicação apresentada no Colóquio 2001: Uma odisseia Lacaniana*. Rio de Janeiro, 11 de abril de 2001.
- ZORNIG, Silvia Maria Abu-Jamra. *Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade*. Tempo psicanalítico, v. 42, n. 2, p. 453-470, 2010.

FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA PARENTALIDADE E O PAPEL DOS DISPOSITIVOS DE IMAGEM



Ághata Ferreira de Sousa
Katia Tarouquella Brasil
Alessandra da Rocha Arrais

1. Introdução

O projeto Saúde Mental na Parentalidade está voltado ao desenvolvimento de uma formação dos profissionais de saúde com um enfoque no trabalho em grupo, tendo em vista que estar em grupo pode promover um espaço de trocas reflexivas sobre a prática, mas também ser uma arena para a ação e a transformação, como aponta Pichòn-Rivière (1983/2009). Nesse sentido, a formação em parentalidade se constituiu a partir de um espaço grupal, onde foram propostos dispositivos de interação que permitam acessar o sujeito de maneira mais ampla, no desenvolvimento de vínculos entre os profissionais de saúde. O vínculo é “uma estrutura complexa, que inclui um sujeito, um objeto e sua mútua inter-relação com processos de comunicação e aprendizagem” (PICHÒN-RIVIÈRE, 1983/2009, p. 5). Busca-se, com isso, um processo para além da pedagogia do ensino e aprendizagem, onde se possa estabelecer relações de troca de experiências e de construção de vínculos a partir das oficinas.

Assim, a formação em Saúde Mental na Parentalidade buscou construir um modelo de oficinas para profissionais de saúde, contribuindo na prevenção e promoção da saúde mental no período da gestação e no puerpério, com foco na parentalidade para o enfrentamento da violência intrafamiliar. Uma das premissas da formação é que os profissionais de saúde tenham um engajamento nas temáticas e que possam ser multiplicadores do conhecimento na forma de proporem novos grupos para gestantes, puérperas e suas famílias nos serviços

de saúde. Pois a formação não se trata de uma proposta de um grupo terapêutico, e sim de realizar formação dialógica a partir de oficinas temáticas concomitantes com trocas de experiências profissionais e vivências pessoais. Vale ressaltar que em todo grupo coexistem duas forças contrárias, uma que move o indivíduo em direção a um esforço para sua coesão e outra para sua desintegração.

A formação em Saúde Mental na Parentalidade buscou formar profissionais de saúde para uma atenção aos vínculos precoces entre a criança e a mãe (ou cuidador), os riscos de depressão pós-parto, as violências sofridas e atuadas e as situações de vulnerabilidade social, com o intuito de trabalhar, a partir dos grupos de profissionais da saúde, uma escuta qualificada, identificando situações de risco em que mãe e bebê podem estar envolvidos e, atuar de modo preventivo aos riscos que podem estar sujeitos visando promover saúde mental. O que se propõe é fortalecer as competências parentais e o desenvolvimento de novas habilidades, para assim enfrentarem em seu cotidiano situações de risco das mais diversas formas de violência. Entre elas a desigualdade de gênero, racismo, violência doméstica, tendo como referência a família, nas suas mais variadas formas de constituição, de onde partem as principais demandas constituintes do sujeito. Além disso, busca-se uma compreensão sobre as parentalidades na atualidade e sua relação com o sofrimento social. As relações familiares são fortemente complexas exigindo dos profissionais de saúde uma constante busca de recursos e conhecimento para atuarem com as famílias em situação de vulnerabilidade, na busca de estratégias frente aos desafios contemporâneos das novas configurações familiares e da problemática da violência. Nesse sentido, o trabalho com as famílias, e particularmente na relação mãe-bebê, é prioritário na cadeia de configurações sociais, por serem a base inicial de onde pode-se disseminar novos modelos de funcionamento e de conhecimento sobre as interações humanas. O fato de que, nos primeiros anos de vida, as crianças sejam frequentemente assistidas de perto por profissionais de saúde gera importantes oportunidades de observação e intervenção e, uma vez que esses profissionais sejam advertidos sobre o risco de

incidência das várias formas de violência no âmbito familiar, ampliam-se sobremaneira suas possibilidades de ações preventivas (BRASIL et al., 2025). Nessa perspectiva, buscou-se sensibilizar os profissionais da saúde na busca de desenvolvimento e conhecimento a partir dessas famílias com as quais estão em contato diário. Foi a maneira de se estarem mais próximo às famílias vulneráveis para enfrentar a grave situação de violência, em especial com as crianças.

2. Grupo Familiar e a Parentalidade

A família, espaço inicial do sujeito no mundo, é o grupo primário de onde se fundam as primeiras relações intersubjetivas e a maneira de como o sujeito irá organizar as relações grupais posteriores.

Iaconelli (2021), destaca que a parentalidade possibilita pensar os laços estabelecidos a cada geração na constituição dos sujeitos. Para a autora, a parentalidade é a produção “de discursos e as condições oferecidas pela geração anterior para que uma nova geração se constitua subjetivamente em uma determinada época” (IACONELLI, 2021, p. 07), transmitindo valores culturais, transgeracionalidade e laços sociais. Logo, a parentalidade é construída a partir da chegada do bebê pelas questões sociais de cada tempo, e em parte, é responsável pela constituição do sujeito.

Para compreender como o sujeito nasce para o mundo psíquico e tudo que gira em torno dele, sua estrutura familiar e social, as gerações de cada tempo, é preciso agregar uma cadeia de significados partindo de diversos pontos importantes que fazem parte dessa constituição: o tempo social ao qual se está inserido, as demandas sociais constituintes da cultura, a sociedade em si, a genética, a transgeracionalidade, mas principalmente sua interação com o cuidador principal, lugar na maioria das vezes ocupado pela mãe, mas também pela avó, pelo pai, pela creche, pela escola ou quem estiver nessa posição de referência principal para o bebê, portanto, com quem se identifica.

Assim, a parentalidade é como uma cadeia que está diretamente interligada entre as gerações e que se influenciam descendentemente,

mas também de forma ascendente, onde o processo de compreensão e ressignificação de questões psíquicas constroem o aqui e agora de cada um, num todo dinâmico. “Nosso passado organiza nosso presente, [...], mas nosso presente também nos permite reler, reconstruir e reproduzir nosso passado, uma vez remanejado, terá então um novo impacto sobre nosso presente e assim sucessivamente” (GOLSE, 2019, p. 4).

O termo parentalidade busca, ainda, ampliar os significados de quem cuida e do que constitui uma família na atualidade. É preciso que se possa compreender que as relações parentais, além de intrínsecas no meio social, dizem de um modelo de cuidado, que vai além do pai e da mãe, numa concepção sobre função materna e paterna muito mais ligadas aos vínculos, do que aos preceitos culturais limitantes.

A parentalidade é diretamente atravessada por questões políticas e de gênero, num modelo de dominação que começa nas mulheres, “O novo imperativo é, portanto, a sobrevivência das crianças” (BADINTER, 1985, p. 146). Então, as mulheres foram persuadidas de que deveriam dar o seio, garantindo a elas um lugar especial de felicidade e igualdade, caso fossem boas mães. A igreja teve sua função glorificando a mulher que amamenta sua prole, garantindo um lugar celestial na tarefa de ser uma mãe boa e santificada, passando a ideia de que o amor materno é nato. As imagens de grandes artistas retratando mulheres angelicais amamentando sua prole foram referência.

Igualmente nova é a associação das duas palavras, “amor” e “materno”, que significa não só a promoção do sentimento, como também a da mulher enquanto mãe. Deslocando-se insensivelmente da autoridade para o amor, o foco ideológico ilumina cada vez mais a mãe, em detrimento do pai, que entrará progressivamente na obscuridade [...]. (BADINTER, 1985, p. 145).

As mulheres estão cada vez mais distantes desse ideal materno que lhes foi imposto, mas que deixam resquícios bastante fortes de um ideal materno inatingível, que culmina no adoecimento materno, na busca desse encontro que outrora foi prometido à mulher, de que seria feliz na maternidade e na vida familiar (LERNER, 2019; ARRAIS, 2005).

Nasce uma nova concepção sobre a maternidade e, consequentemente, sobre a parentalidade. A liberdade, com a descoberta das pílulas anticoncepcionais, o controle de natalidade, o espaço no mercado de trabalho, voto, e até de não desejarem ter filhos ou do aborto em algumas situações, possibilitam a reconfiguração das famílias nucleares (ARRAIS, 2005), que passam a trazer uma gama de possibilidades relacionais, parentais, heteroparentalidades cis e trans.

Logo, a parentalidade na contemporaneidade apresenta mudanças bastante relevantes, se comparadas às mudanças geracionais antes dos grandes meios de comunicação. Considera-se em especial as configurações de gênero, os modelos de recasamento e configurações familiares, as tecnologias aplicadas às concepções e das novas maneiras de relacionamento a distância, modelos de inseminação artificial, dentre outras questões.

Diante disso, como se pode pensar a constituição psíquica do sujeito diante de tantas mudanças sociais, ocorridas nas últimas décadas, permeadas por mudanças na estrutura familiar? A questão é que o sujeito é sempre sujeito de seu tempo. É na reprodução do laço social que se transmite e se constrói a cultura e os grupos desse tempo, o que inevitavelmente repercute na parentalidade. Assim, a parentalidade se faz no laço que o cuidador consegue estabelecer com a criança, diante das condições que foram estabelecidas pela sua vida familiar anterior e pelas condições sociais do seu tempo.

A parentalidade é bem complexa e precisa de um olhar para além da relação entre pai, mãe e bebê. Compreender um pouco desse universo se faz necessário, para se dialogar com o lugar social do sujeito que se torna pai e mãe, que muitas vezes pode parecer assustador, em outras vezes veem inundados de desejos e expectativas, mas que no dia a dia, cada um escreverá sua história permeados pelas vivências infantis e pelas angústias dessa responsabilidade.

3. Recorte e colagem de imagens como objetos mediadores

Ao pensar em um espaço grupal de formação, que permita expressar e compreender os processos psíquicos humanos, e que

produza desencadeamentos associativos como um fio condutor até as experiências subjetivas, foi necessário um mediador que possa favorecer a apropriação subjetiva através da simbolização.

Os dispositivos de imagem surgem como mediadores na interação grupal, na manifestação dos conteúdos subjetivos, gerando contorno aos fenômenos vivenciados e oferecendo associatividade dos processos intersubjetivos do grupo. Os objetos mediadores, como uma música, a escrita, o desenho etc. Os objetos mediadores funcionam como uma estratégia para acessar o simbólico. Eles funcionam como elementos intermediários que ajudam a criar um espaço compartilhado de significados e experiências entre os membros do grupo. Eles fornecem um ponto de ancoragem para a identidade grupal e facilitam a comunicação e a interação entre os membros.

No âmbito psicológico, os objetos mediadores podem funcionar como catalisadores para processos de reflexão e transformação dentro do grupo. Eles podem desencadear memórias, emoções e *insights* que promovem o crescimento pessoal e grupal. Além disso, podem ajudar a regular o espaço psíquico do grupo, estabelecendo limites e fronteiras que definem a dinâmica relacional entre os membros. Sendo assim, entende-se que o dispositivo de imagem, recorte e colagem de revista, é utilizado como objeto mediador entre os participantes do projeto e os psicólogos que coordenam a atividade proposta, criando no grupo um intermediador entre ambos, em busca de promover uma captura dos espaços psíquicos comuns e partilhados da vida social do grupo.

O recorte e a colagem são um desses dispositivos que surge como um objeto que possibilita o alcance da fala do sujeito que muitas vezes não consegue acessar suas vivências subjetivas. Trata-se de uma técnica de mediação, por meio da utilização de imagens e palavras recortadas de revistas, fotos e desenhos, e posteriormente coladas em cartolinas para construção e elaboração de cartazes sobre os papéis sociais sobre ser mãe, pai, avós, rede de apoio (ARRAIS; PENHA; NERY; HAIDAR 2021), se constitui como um dispositivo na construção de reflexões ativas entre os profissionais de saúde sobre esse papéis e vivências subjetivas parentais, assim como representações sociais sobre eles. “Logo, o

desenho, a colagem, ou as frases produzidas são mediadoras, servem como fio condutor, para que a conversa de conclusão do processo psicodiagnóstico possa acontecer” (FANTINI et al., 2022, p. 40).

A utilização desse dispositivo de imagem pode facilitar a manifestação dos conteúdos subjetivos do grupo, gerando um contorno aos fenômenos vivenciados e trazidos pelos participantes, oferecendo ao grupo um funcionamento associativo. As trocas são favorecidas nos processos de expressão e de fala fortalecendo as estratégias de intervenção na saúde pública, que servirão para o enfrentamento dos desafios contemporâneos face à problemática da violência intrafamiliar, às questões raciais, estereótipos de gênero e aos diferentes arranjos na constituição familiar.

4. O Campo de estudo

O campo de estudo desta pesquisa foi o projeto de formação em Saúde Mental na Parentalidade, realizado na Finatec - UnB, direcionado aos profissionais de saúde do DF, com o apoio da emenda de bancada do DF. Este trabalho buscou identificar de que modo as oficinas de formação da parentalidade para profissionais de saúde contribuem na prevenção e promoção da saúde mental no período da gestação e no puerpério, com foco na parentalidade para o enfrentamento da violência intrafamiliar. Desta forma, buscou-se compreender a interação destes profissionais de saúde com os objetos mediadores e a relação com o engajamento nas temáticas apresentadas.

Os participantes

O Projeto contou com a participação de 98 profissionais de saúde, formação essa realizada em quatro módulos. Cada módulo consistia em quatro encontros no formato de oficina, e ao final do encontro, cada participante ou grupo de participantes deveriam entregar uma proposta de aplicação de trabalho com novos profissionais ou com famílias num processo de disseminação do conhecimento apreendido na formação, totalizando 20 horas.

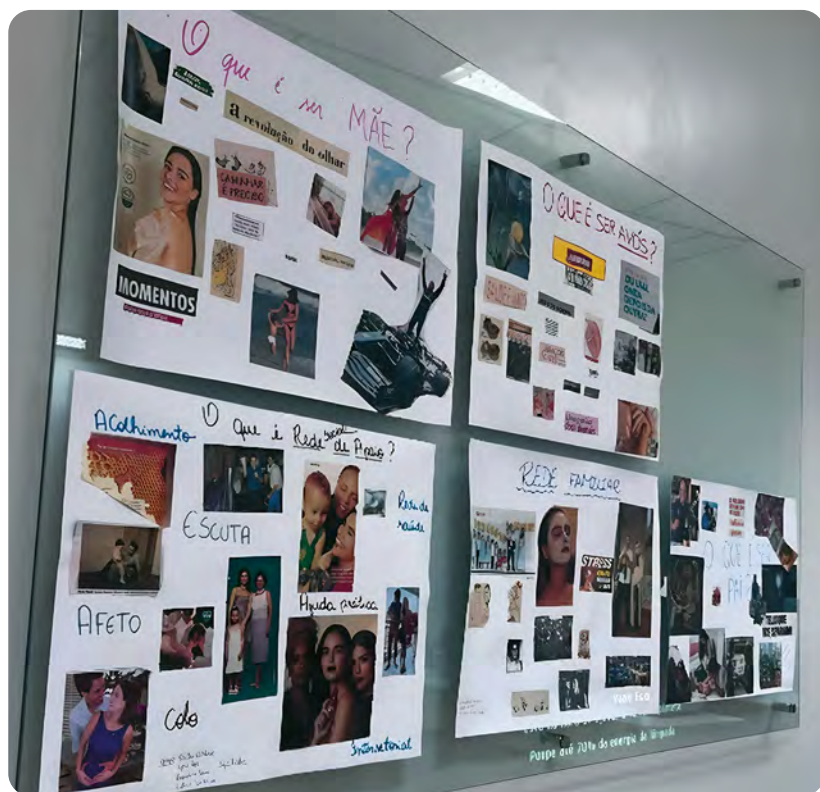
Os Participantes foram profissionais da Rede de Atenção à Saúde do Distrito Federal, procedentes tanto das Unidades de Saúde da Rede Ambulatorial, de atenção primária, secundária e terciária, que atuam junto a gestantes, puérperas e cuidadores da primeira infância, prioritariamente nas áreas de maior vulnerabilidade psicossocial. Em sua maioria eram psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros. Participaram ainda nutricionistas, médicos, fonoaudiólogos, doulas, técnicos de enfermagem dentre outros.

O procedimento do dispositivo de recorte e colagem

A proposta da intervenção é feita em pequenos grupos de cinco ou seis participantes para a realização da atividade de mediação, conforme proposto por Arrais (ARRAIS, 2005; ARRAIS; PENHA; NERY; HAIDAR, 2021).

A mediação com recorte e colagem de imagens consiste na distribuição de revistas com imagens de famílias, adultos e crianças, além de tesouras, cola, cartolina e caneta. É pedido a cada grupo que construa um cartaz com uma narrativa sobre a parentalidade e quais os lugares que podem ser ocupados pelos adultos nessa função. Cada grupo ficou responsável por discutir as seguintes temáticas: o que é ser mãe? o que é ser pai? o que é ser avô e avó? o que é ser rede de apoio? e o que é ser rede familiar? Os participantes deveriam recortar figuras que ilustrem o que é cada função. Solicitou-se, ainda, que façam colagens de forma intuitiva, sem pensar muito nas questões profissionais. Os grupos são separados. É uma técnica de colagem que funciona com um disparador temático, que tem o intuito de mediar a manifestação dos conteúdos subjetivos, gerando contorno aos fenômenos vivenciados e oferecendo um funcionamento associativo ao grupo. O método de recorte e colagem integra o pré-natal psicológico proposto por Arrais e Araújo (2016) e Arrais et al (2025). As autoras destacam que na gestação a mulher passa por várias alterações sociais, familiares, conjugais, entre outras. De modo que sentimentos conflitantes na relação com o bebê e na experiência da gestação, da maternidade e da paternidade, podem ser um risco para a saúde mental do bebê e da mãe. Por isso, sensibilizar os profissionais para o desafio da parentalidade é de grande importância

para a prevenção e a promoção da saúde mental. Vale ressaltar, que esse modelo de aplicação foi proposto Arrais em sua pesquisa de doutorado com a temática de depressão pós-parto (ARRAIS, 2005). A partir de seus estudos e metodologias ativas aplicadas nos grupos para puérperas e gestantes, foi sendo construída a metodologia de colagem com questões propostas para a construção de cartazes. Ela observou como este dispositivo de colagem era capaz de facilitar a associação que o grupo construía ao término de cada apresentação.



Modo como os cartazes foram dispostos no dispositivo de recorte e colagem

Fonte: acervo fotográfico do Programa Escola da Família, da Prefeitura de Niterói, RJ. Veja Nota no Expediente do livro.

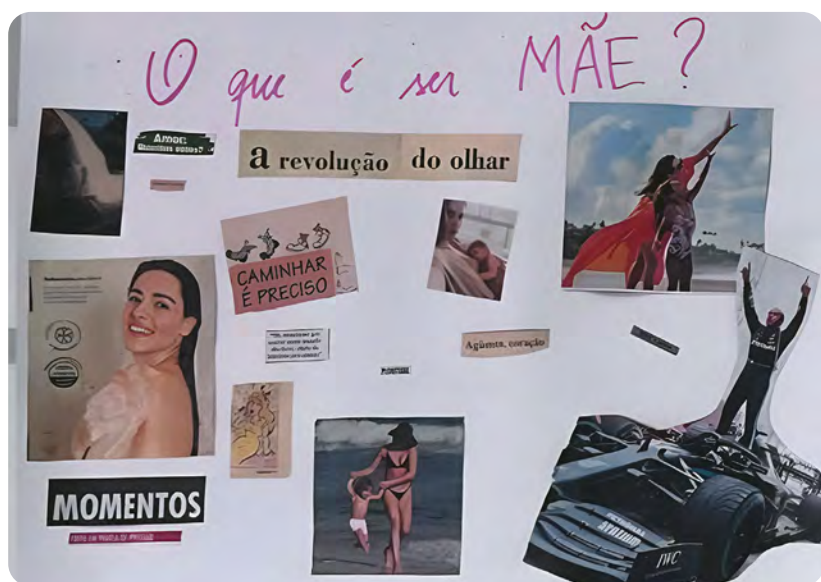
Logo, no segundo momento, os grupos apresentam os cartazes, falam como se sentem e a escolha das imagens de maneira livre, o

que produz uma associação das temáticas propostas com as próprias questões e com questões do trabalho que realizam cada qual em sua área de atuação na rede de saúde e a estereótipos de gênero que fazem parte da cultura em que estão inseridos (ARRAIS; PENHA; NERY; HAIDAR, 2021; ARRAIS & ARAÚJO, 2016; ARRAIS et al, 2025)

5. Análise do dispositivo de recorte e colagem

Eixo 1 - O ideal da maternidade de acordo com o dispositivo de recorte e colagem

O dispositivo de imagem utilizado no grupo atua por intermédio de uma mobilização sensorial, e induz a uma reativação da capacidade associativa, no intuito de mobilizar os registros psíquicos internos.



Figuras referente à fala da enfermeira Luana

Fonte: acervo fotográfico do Programa Escola da Família, da Prefeitura de Niterói, RJ. Veja Nota no Expediente do livro.

Quantas vezes eu precisava lembrar do amor que eu tinha pelo meu filho, no meio do caos de mil coisas, a cachoeira desabando

(participante chorando) e lembrando quantas vezes o amor era o que me fazia aguentar. O amor é o que faz aguentar o coração, a cada segundo quando a criança começa qualquer coisa nova que nos faz sentir desamparada. (Enfermeira Luana).

A fala da participante é intensa e cheia de emoção, demonstrando que as imagens facilitam o acesso aos processos de intersubjetividade que os mobilizam e os estimulam às articulações entre os participantes, fazendo acontecer uma dinâmica de comunicação mais profunda, além de permitir a compreensão complexa de envolvimento destes profissionais com o trabalho que foram propostos a fazer, com a produção de cartazes.

Logo, a produção dos cartazes fez reviver conteúdo da própria parentalidade dos participantes, se deparar com seus próprios estereótipos de gênero que atuam na parentalidade vivida, concomitante ao trabalho mais profundo sobre as temáticas propostas, a qual analisa-se aqui sobre o ideal da maternidade, como vemos na fala a seguir:



Cartaz referente ao que é ser mãe

Fonte: acervo fotográfico do Programa Escola da Família, da Prefeitura de Niterói, RJ. Veja Nota no Expediente do livro.

Escolhi uma imagem de uma mulher grávida, com o pai ao lado. Esse aqui seria o ideal materno. Mas também sentimos muitos desgastes, (mostra uma imagem no cartaz que representa as dúvidas da maternidade). É a representação da culpa e de como essa mãe se observa diante do abandono e da solidão materna. Tem essa última imagem que representa uma mulher com cara de plenitude, que pode passar pelas ambivalências da função materna. Como mãe, sinto que preciso fabricar um filho bom. (Doula Helena)

Os participantes conseguem falar sobre como se sentem, fazendo surgir uma experiência interna relacionada ao ideal materno e suas exigências dentro da parentalidade, que normalmente estão relacionadas a papéis de gênero que são construídos intersubjetivamente. Assim, a partir dos elementos externalizados no grupo pelas falas de outros participantes, são acessados internamente trazendo à tona suas experiências parentais, de desamparo ou ainda suas angústias. O grupo serve como continente de acolhimento e escuta, como ressalta Vacheret (2008): “O grupo, como a mãe, exerce a função de intérprete, de tradução, de transformação de atos ou de sinais mensageiros de um sofrimento” (p. 89). Assim, muitas falas surgem num contexto que fala do intersubjetivo vivenciado e aprendido no grupo, como se confirma no depoimento a seguir:

Me lembro de ter pensado:

eu amo essa criança, mas se eu pudesse não ter tido eu teria não ter tido ela... houve um estudo de caso em que, após o nascimento, foi necessário criar uma relação entre a mãe e o bebê dela. É importante dar o apoio necessário para nós mulheres, para lidarmos com a realidade. (Terapeuta Ocupacional Fernanda).

Os participantes conseguem aprender sobre a parentalidade, de maneira intersubjetiva, num movimento de escuta e de fala, podendo trocar com o grupo experiências, sentimentos e novas perspectivas sobre a maternidade.

Na narrativa a seguir, a participante, demonstra, suas questões sobre a temática da parentalidade:



Fonte: acervo fotográfico do Programa Escola da Família, da Prefeitura de Niterói, RJ. Veja Nota no Expediente do livro.

Nessa [figura 4] conseguimos ver o bebê idealizado, os desejos que esperamos dos filhos. Os cuidados que ficamos preocupadas enquanto mãe. As vacinas, alimentação, saúde. Uma lista interminável de afazeres da maternidade. Totalmente enlouquecida em alguns momentos, e cansada em outros. Não temos a opção de não dar conta, nos cuidados com a criança. É assustador! (Psicóloga Larissa).

Essas falas trazem à tona as questões pessoais e profissionais, tema que muito apareceu nas discussões a partir da aplicação dos dispositivos de imagem. Então, para as participantes, a parentalidade é diferente se relacionada à mulher e ao homem, explicitando os papéis de gênero em que estão inseridas. Quando falam da maternidade, trazem sentimentos de angústia e culpa, daí o ideal materno que está intrínseco nas falas cheias de sentimentos e emoção. A confecção dos cartazes com imagens

vai produzindo representações referentes a novas concepções do laço maternal, proporcionando aos participantes uma compreensão onde se possa romper alguns paradigmas sobre os modelos tradicionais de maternidade e paternidade, observar e questionar estereótipos de gênero vivenciados, suscitando a realidade que eles atuam e estão inseridos.

Badinter, em 1985, trouxe muitas contestações sobre a maternidade. Ela deu o exemplo de Madame Guitton, que a surpreendeu por ser uma mulher educada e que questionava bastante como se sentia na maternidade: A condição feminina parece-lhe tão pouco invejável que ela confessa: “Veja: eu gostaria de nunca ter tido filhas... ao afirmar a sua natureza, eu lhes daria uma possibilidade a mais de sofrer pequenas alfinetadas e a mediocridade da existência.” (BADINTER, 1985, p. 352).

A temática de gênero e da maternidade, possibilitou às profissionais da saúde, que em sua grande maioria são mulheres, a possibilidade de associarem suas vivências parentais às questões trabalhadas no grupo a partir da produção de cartazes, proporcionando uma relação de representação pessoal e profissional da parentalidade.

Logo, a tarefa proposta parece facilitar a condução das trocas que ocorrem no grupo produzindo falas articuladas por uma representação interna mútua, em movimentos intra e intersubjetivos, favorecendo a compreensão dos movimentos grupais e seus processos interativos e culturais. Ela apresenta um eixo em torno do qual os grupos se organizam, podendo ser compreendida num processo de desenvolvimento de uma engrenagem grupal, em direção à finalidade a ser cumprida, que foi a produção de cartazes com perguntas específicas.

Eixo 2 - O lugar do pai na parentalidade de acordo com o dispositivo de recorte e colagem

Progressivamente, a apresentação destes grupos e de suas dinâmicas foi permitindo desvelar os sentimentos agora direcionados à maneira com que é percebida a função e o papel paterno. Estas percepções apareceram na aplicação do dispositivo de imagens de recorte e colagem de revistas, mas que agora, com um direcionamento para

responder à pergunta: o que é ser pai? Assim, surgem falas com mais expressão e focadas no tema proposto. Foi percebido que a sugestão da temática faz ressaltar questões inconscientes, mas alocadas ao campo da parentalidade, direcionando assim o grupo ao processo formativo, com apreensão de conhecimento a partir das trocas estabelecidas, como pode ser percebido na narrativa do grupo:

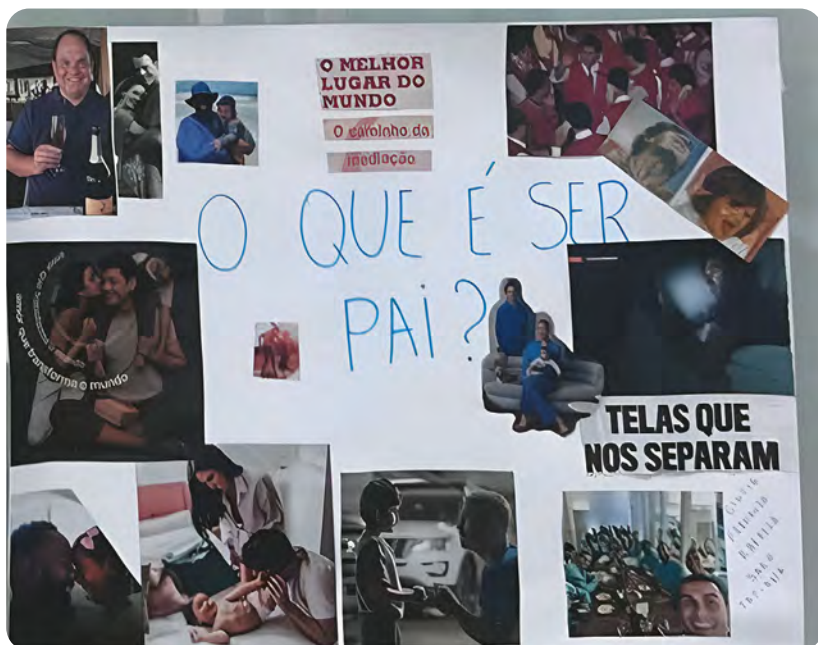


Imagem referente ao cartaz - psicóloga Rayane

Fonte: acervo fotográfico do Programa Escola da Família, da Prefeitura de Niterói, RJ. Veja Nota no Expediente do livro.

A gente começou colocando algumas figuras que fazem uma divisão entre uma cultura idealizada e a vida real. Esse lugar do homem que está alheio dentro do contexto da parentalidade. O homem é ausente em um contexto machista. E para o homem às vezes isso nem aparece. As pessoas não percebem, é assim: "Nossa, ele me ajuda muito, que homem maravilhoso, que ajuda essa mulher a estar com o filho!" Mas tem esse outro lugar do homem que está muito fora da nossa realidade ainda. Um homem alheio, que já trabalhou o dia todo fora

e ainda precisa estar com a mulher em casa. Essa parentalidade pode gerar um surto! A situação de o casal não estar conectado, também atrapalha. A cultura acaba mesmo por separar o casal, colocando o homem no direito de um momento de lazer que às vezes a esposa e o filho não participam com o pai. (Psicóloga Rayane).

A fala da participante sobre o cartaz, demonstra como os participantes interagem entre suas próprias concepções subjetivas e as concepções que vão surgindo no grupo. Supõe-se que o fato de estarem falando sobre o tema da parentalidade e o lugar do pai na parentalidade vem sendo dinamizado em trocas dialéticas que aconteceram em dois encontros anteriores, fazendo surgir questões que são vivenciadas no hoje numa interação social. Essas questões são fortalecidas pela cultura a qual está se instaurando e reconfigurando no aqui e agora, promovendo um movimento entre o eu e o outro que se escuta. Assim, o grupo é lugar de conversa e de um conhecimento e aprendizagem que se produz no encontro com outro. “Formar um grupo é então dar possibilidade para a conversa e a tensão entre as contradições” (CASTANHO, 2012, p.53).

O que acontece é que uma pessoa em um grupo comunica algo do conjunto e se transforma na comunicação discursiva entre os membros do grupo. Castanho (2012) utiliza-se do termo dialética como central para explicar o movimento de processo grupal de Pichòn-Rivière. Ele ressalta a intensidade dos diferentes elementos explicitados e vividos no grupo como as emoções, os afetos, reflexões sobre o próprio grupo, fantasias que emergem e outros. Esses elementos intensificam as trocas no grupo. Mas existe ainda a superação qualitativa que ocorre no grupo provocando uma superação dialética, ou *insights*, que implicam uma mudança de compreensão e vivência da situação, podendo levá-lo a outra maneira de se estruturar.

Assim, o movimento que vem ocorrendo no grupo pode ser compreendido como um processo de transformação social e cultural numa troca dinâmica de experiências e conceitos. Essa experiência conduz o grupo rumo à mudança e a novos conceitos sobre a realidade. Pode se

perceber nas narrativas, a seguir, como os participantes constroem essa dinâmica dialética interacional de trocas e conhecimentos:



Imagem referente ao cartaz sobre as narrativas abaixo

Fonte: acervo fotográfico do Programa Escola da Família, da Prefeitura de Niterói, RJ. Veja Nota no Expediente do livro.

Ser pai é:

Pensando na normalidade na cultura brasileira. Há versões de paternidade, focando que o pai continua com as atividades que tinha anteriormente da paternidade, sem serem afetados diretamente com a paternidade” (Enfermeira Luíza);

A vida sexual deles continua ativa, e acaba que são irresponsáveis sobre a fecundação, que recai em cima da mulher. (Técnica de Enfermagem Andrea);

Há a infidelidade, assim como, a dificuldade dos homens de lidar com a nova configuração familiar. Têm uma nova versão da paternidade que está sob discussão sobre a função paterna, do pai que assume suas responsabilidades, não na função de ajudar a mãe, mas sim de se colocar no lugar de responsabilidade. (Psicóloga Vanessa).

No início das narrativas, surgem as queixas sobre o modelo de paternidade existente. Os discursos vão se transformando e surge um exemplo real sobre a nova paternidade da qual estão almejando, o que faz o grupo refletir sobre suas responsabilidades no processo a que se busca mudança, como pode-se observar na narrativa a seguir:

Aí veio o segundo casal, o pai ele colocou o bebê e tirou a fralda com muita dificuldade, eu já estava angustiada, olhei pra ela, a mãe, ela estava muito tranquila! Falei: quando terminar você me fala. Ela está dando direito a ele de aprender, em nenhum momento ela se levantou e interferiu. (Enfermeira Luana).

Pode-se compreender que o discurso das narrativas ressoa de maneira indireta e não impositiva sobre a atuação de cada um sobre o tema proposto, aumentando as chances do processo de internalização da mudança, graças às conexões e das transferências produzidas no grupo. Logo, os *insights* que acontecem são referentes às trocas que foram sendo escolhidas durante a confecção dos cartazes e da utilização de imagens que facilitarão esse acesso às questões internas, possibilitando a produção de novas realidades associativas grupais e fissuras nos estereótipos de gênero relacionados à paternidade.

A participante desmonta em sua fala o lugar de crítica sobre os pais, mas consegue organizar a responsabilidade parental de todos os atores, causando *insights* entre os participantes que se perceberam atuantes nessa produção da mudança da função paterna, como se vê na continuidade da discussão com outros participantes: “Deixar o pai da criança ser o pai, ele precisa sentir que ele pode ser o pai” (Psicóloga Maria).

Esse processo de falar e assimilar, que é produzido pela interação e trocas, parece estar mais acessível se relacionado às imagens escolhidas

para os cartazes, produzindo a partir do outro, como num espelho, a uma tomada de consciência sobre si e sobre ressignificações possíveis, como ressalta Vacheret:

É somente quando o sujeito tenha ouvido o outro se dirigir em eco, uma fala que lhe retorne, e lhe tenha enviado em espelho, uma imagem que lhe pertença, que o sujeito em questão poderá aceder a uma autêntica tomada de consciência, está sendo a condição necessária e prévia a todo trabalho psíquico de integração no aparelho psíquico pela simbolização. (VACHERET, 2008, p. 189)

Por fim, a tarefa de produzir cartazes a partir de imagens, e trocas grupais, promove associações intersubjetivas, que direcionadas ao tema que foi proposto (aqui sobre o lugar do pai na parentalidade) poderão produzir questionamentos e conseqüentemente a produção de associações relativas a novos modelos e novas possibilidades de funcionamento.

6. Considerações Finais

A temática da parentalidade desencadeia a problemática subjetiva de inter-relação entre as gerações e sua influência na constituição psíquica do sujeito, suscitando assim questões sobre a história familiar de cada um, através das interações sociais que se iniciam na infância.

A formação de profissionais de saúde sobre a temática da parentalidade foi um projeto que buscou capacitar estes profissionais de maneira a desenvolver uma formação com enfoque no trabalho em grupos, com base em trocas que fossem reflexivas e envolvessem suas práticas no âmbito da rede de saúde, propondo recursos de acolhimento, de empatia e de compreensão. Logo, a sensibilização desses profissionais poderia suscitar conhecimento para além das questões cognitivas, num movimento de encontro entre suas próprias projeções e a produção de conhecimento sobre a parentalidade, atuando assim no enfrentamento dos desafios da violência intrafamiliar, e nas relações entre o bebê e o cuidador principal.

Para isso, foram utilizados objetos mediadores na sensibilização e na elaboração do trabalho desses profissionais durante a formação. O

recorte e a colagem como dispositivos de imagem propiciou a interação e a fala entre os membros do grupo e estabeleceu o desenvolvimento de vínculos, o contato com os conflitos internos de cada membro do grupo e a construção de significados compartilhados, estabelecendo assim um espaço de troca dentro do grupo: “Assim, o que uma pessoa diz, pensa ou sente em um grupo deve ser compreendido como comunicando algo sobre o conjunto no qual está inserida” (CASTANHO, 2018, loc. 657).

Conclui-se que o processo grupal é compositor das transformações sociais e subjetivas dos sujeitos, podendo ser um campo de trabalho que, a partir de dispositivos de imagens como objetos mediadores, como o recorte e colagem, servirá de facilitador da manifestação dos conteúdos invisibilizados no cotidiano do trabalho na saúde, favorecendo processos de expressão e de fala, fortalecendo as estratégias de intervenção na saúde pública.

Dito isso, esta conclusão, propõe abrir caminhos a novas maneiras de se fazer grupos, seja no intuito de formação, seja no de acolhimento das famílias na atenção básica, na busca de transformações sociais mais profundas e acolhedoras.

7. Referências

- ARRAIS, A. R. **As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante** (Tese de Doutorado, Universidade de Brasília) - Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de Brasília, UnB., 2005. Repositório Institucional da UnB. <http://repositorio2.unb.br/jspui/handle/10482/14011>.
- ARRAIS, A.R. & ARAÚJO, T. C. C. F. Pré-natal psicológico: perspectivas para atuação do psicólogo em Saúde Materna no Brasil. **Revista da SBPH - Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**. 19(1), 103-116, 2016. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000100007&lng=pt&tlng=pt.
- ARRAIS, A. R. da Silva; PENHA, B. A.; NERY, L. A. R.; HAIDAR, A. C. A. Covid-19 pandemic and the mental health of Brazilian pregnant women. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, 29(2), 11-22, 2021.
- ARRAIS, A. R., TEIXEIRA, S. B. C., SANCHÓ, A. P., FREIRE, M. M. N.O., & LUZ, R. M. C. A. (2025). O pré-natal psicológico no SUS: um relato de experiência vinculada

ao ambulatório de psiquiatria perinatal. **Revista Delos**, 18(68), e5357. <https://doi.org/10.55905/rdelosv18.n68-003>

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

BRASIL, K. C. T. et al. *Parentalidade: Contribuições da Psicanálise para as Políticas Públicas de Saúde*. Psic.: **Teor. e Pesq. Brasília**, vol. 41, n.1, p. 1-8. Mar, 2025.

CASTANHO, P. Uma introdução aos grupos operativos: teoria e técnica. **Vínculo Revista do NESME**, vol. 9, n.1, p. 47–60. Jun, 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902012000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 jul. 2025.

CASTANHO, P. **Uma introdução psicanalítica ao trabalho com grupos em instituições**. São Paulo, SP: Linear A-barca, 2018.

FANTINI, M. D. et al. Objetos mediadores e a entrevista devolutiva em grupo de pais no contexto do psicodiagnóstico interventivo. **Vínculo - Revista do NESME**, vol.19, n.1, p. 37-47. 2022. <https://doi.org/10.32467/issn.19982-1492v19n1a5>.

GOLSE, B. (2019). O que o bebê transmite aos adultos: O conceito de transmissão psíquica ascendente. **Cadernos de psicanálise**, vol.41, n.41, p.11–20. Julh/dez, 2019.

IACONELLI, V. Sobre as origens: muito além da mãe. Em D. Taperman, T. Garrafa, & V. Iaconelli (Orgs.), **Parentalidade**. Belo Horizonte: Autêntica, p.11–23. 2021.

LERNER, G., (2019). **A criação do patriarcado: história da opressão das mulheres pelos homens**. São Paulo: Cultrix

PICHON-RIVIÈRE, E. P. *O processo grupal* (8ª ed). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1983), 2009.

VACHERET, C. (2008). A Fotolinguagem©: um método grupal com perspectiva terapêutica ou formativa. **Psicologia: Teoria e Prática**, vol.10, n.2, p. 180–191, 2008. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872008000200014.

IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA ESCOLA DA FAMÍLIA: UMA TECNOLOGIA INOVADORA EM SAÚDE



Bruno Cabral Coser

David Macedo Rodrigues Filho

Jéssica Emanneli Moreira da Costa

Sandra Cabral

Maycon Rodrigo da Silveira Torres

1. Introdução

O Programa Escola da Família (PEF) atua diretamente no cuidado de gestantes e puérperas, na Atenção Primária em Saúde, fortalecendo a proteção e o cuidado no ciclo gravídico-puerperal. Inserido na política pública criada em 2018 intitulada *“Pacto Niterói Contra a Violência”*, o programa busca estratégias integradas para prevenir a violência em Niterói (RJ), e está estruturado em dois eixos, a saber: I) a formação sobre a parentalidade, que foi direcionada aos profissionais de saúde pública; II) intervenções grupais, que consistiram na elaboração e aplicação dessas práticas pelos profissionais em seus atendimentos junto às gestantes, puérperas e suas famílias.

Nesse sentido, o presente capítulo pretende analisar a implementação dessa política pública em saúde, enquanto tecnologia social inovadora, na prevenção da violência contra mulheres gestantes e puérperas. Ao longo deste texto, será analisado o processo de implementação do Programa Escola da Família enquanto tecnologia inovadora em saúde.

Para compreender a implementação do Programa Escola da Família, é necessário retomar sua origem e sua articulação na ampla rede de políticas públicas que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto política de Estado voltada a responder às complexidades dos territórios e a diversificar as práticas em saúde. Acerca do surgimento de

novos programas e ações em saúde voltada para o território, Leitão et al. (2024) apontam um crescimento no reconhecimento envolvendo a diversidade de práticas em saúde, ampliando abordagens que implicam mudanças no paradigma médico hegemônico. Conclui-se, portanto, que o sistema de saúde tem se fortalecido e expandido sua capacidade de responder às múltiplas demandas de uma sociedade plural.

Marca-se o surgimento do Programa a partir de uma iniciativa conjunta entre a Universidade de Brasília (UnB), a Universidade Federal Fluminense (UFF) e a Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos (Finatec), inserido na política pública intitulada “Pacto Niterói contra a Violência” em resposta a um chamamento público da Prefeitura de Niterói por um projeto que trabalhasse pela prevenção de violência às gestantes e seus bebês de 0 a 2 anos de idade. Assim, a formação dos profissionais de saúde da rede pública do município proporcionou a qualificação da atenção às gestantes e suas famílias para além do olhar fisiológico gestacional, com foco na promoção da saúde integral e intersetorial. Outro diferencial desse Programa é o seu prisma preventivo, e não punitivo, no embate com a temática da violência. Parte-se de uma perspectiva interseccional da realidade ao considerar que as práticas punitivas atingem, sobretudo, os corpos negros e periféricos.

Trata-se, portanto, de uma política pública de prevenção da violência — o *Pacto Niterói contra a Violência* — que, por se constituir como um plano municipal de segurança, foge de medidas meramente punitivas e repressivas, deslocando o enfrentamento da violência da repressão para a redução das vulnerabilidades sociais. Há, assim, uma aposta na transformação das práticas cotidianas de cuidado antes que situações de violência ocorram e se perpetuem, sendo o Programa Escola da Família (PEF) um meio de sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde como agentes de promoção da saúde integral das gestantes, pais, cuidadores e bebês. Nesse sentido, destaca-se uma visão da temática da violência para além de um fenômeno individual, pois o programa engloba em sua compreensão de prevenção à violência aspectos como alimentação saudável, cidadania e acesso a direitos sociais. Assim, busca-se a redução do ciclo de violência intra e extrafamiliar

durante o ciclo gravídico-puerperal e nos primeiros anos do bebê. Nesse sentido, o *Pacto Niterói Contra Violência* conta com 18 programas nos eixos de convivência e engajamento dos cidadãos; policiamento e justiça; ação territorial integrada; e eixo prevenção - sendo um deles o programa Escola da Família (NITERÓI, 2022).

A vista disso, trata-se de uma problemática que exige uma atualização constante dos profissionais que atuam no campo da saúde, assim como a permanente aquisição de novas estratégias de intervenção. Ressalta-se que os estudos sobre a parentalidade nos convidam a refletir sobre a complexidade das relações familiares, ampliando nosso entendimento sobre a concepção de família. Consequentemente, compreender o conceito de parentalidade em sua devida complexidade é algo chave para entender o PEF e seus objetivos.

Ademais, no segundo eixo do Programa são colocados em prática os planos de intervenção nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), policlínicas e, em seguida, são promovidos grupos educativos cujo tema central são as trocas repletas de atividades reflexivas e de escuta destinados às gestantes, pais, companheiros/companheiras e cuidadores. Neste espaço, além de trocas de saberes, são compartilhados novos estilos de práticas parentais, discutindo o termo “parentalidade” que é atravessado por questões de ordem social e psíquica, além de remeter aos direitos e deveres que os pais têm em relação aos cuidados com este outro ser que nasce em situação de desamparo.

Acerca dessa situação de desamparo no nascimento, é necessário salientar as contribuições psicanalíticas sobre o tema e o papel que as instituições podem desempenhar nessa relação. Para Freud (1926/2011) o desamparo fundamental trata-se da condição em que o recém-nascido exige uma intervenção de um adulto próximo que garanta a ação específica necessária à sobrevivência desse ser humano desamparado. O ser humano, sendo um ser atravessado pela linguagem, não conta com um aparato inato para posicionar-se no mundo; constitui-se como um sujeito da falta, fruto de uma incompletude. Isto posto, categorias como sociedade e família desempenham um papel de amparo tanto fisiológico quanto psíquico, cultural e afetivo. Dessa maneira, o Programa

atua diretamente num período formativo de extrema importância na vida subjetiva da gestante e a do bebê, em que a instituição aparece como suporte nessa fase naturalmente instável.

Sobre o papel das instituições nesse momento, Romanini e Roso comentam:

enfim, poderíamos aqui citar uma infinidade de instituições criadas na história da humanidade que preservam a lógica classificatória com fins de exclusão. Entretanto, as instituições também foram constituídas na tentativa de diminuir o estado de desamparo, inerente à condição humana. (2012, p. 346)

É, portanto, nessa perspectiva da instituição como possibilidade de atenuar — e, ao mesmo tempo, reconhecer — o desamparo, que se orientam as intervenções no Programa Escola da Família. Ao compreender a estruturação e o processo de implementação do Programa, torna-se pertinente destacar as características que definem uma tecnologia inovadora em saúde e analisar de que maneira o Programa Escola da Família se articula a essa concepção.

Em primeira análise, o Programa se lança como uma perspectiva inovadora em saúde, uma vez que propõe-se a oferecer uma formação em que inclua tanto as demandas dos profissionais da saúde quanto da população, com repercussões no âmbito teórico e prático. A respeito da inovação em saúde, Zamberlan et al. (2023, p. 2) definem a inovação como a “implementação de ideias que resultam na introdução de novos serviços, métodos, técnicas, sistemas de gestão e outros”. Dessa maneira, considerando o impacto já constatado na realização do Programa e sua permanência nas unidades de saúde de Niterói, é evidente a consolidação desse caráter inovador inicialmente planejado.

A compreensão e adoção do termo tecnologias inovadoras em saúde aparece, portanto, como oposição às práticas tradicionais em saúde que, majoritariamente, são centradas na figura do médico como principal agente do cuidado e focadas no binômio doença e cura. Nesse sentido, Fertoni et al. (2015) apontam que há um histórico desse modelo biomédico em que as relações tendem a ser verticalizadas,

com pouca escuta do usuário e dos demais profissionais em saúde. Os autores salientam também que apesar da implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF), que se constrói a partir da tentativa de superação do modelo biomédico e implementação de um modelo assistencial, ainda existem dificuldades na realização desse novo paradigma, visto que ações continuam predominantemente centradas no médico e com dificuldades na realização em equipe. Assim, o PEF afirma uma importante posição no cenário atual de saúde pública, visto que a transformação das práticas em saúde encontra-se, ainda, em uma disputa permanente.

Ademais, destaca-se o Programa à luz da noção de tecnologia, especialmente a partir da concepção contemporânea de Tecnologias Sociais (TS), que ganhou destaque no Brasil a partir dos anos 2000. Essa abordagem busca desenvolver modelos tecnológicos fundamentados na participação popular e na inclusão social, com foco no binômio problema-solução, por meio de processos de coconstrução coletiva (BARROS DE MEDEIROS; DA SILVA, 2016).

Nesse sentido, Zamberlan et al. (2023, p. 2) contextualizam e definem as tecnologias sociais como “ferramentas interativas e associativas desenvolvidas na interação com a comunidade e que representam efetivas soluções de transformação social”. Evidencia-se a correlação entre o conceito explicitado e a realização do Programa uma vez que sua implementação passa diretamente pelo *Pacto Niterói Contra Violência*, criado em torno de uma necessidade de acolhimento das demandas da população, e uma formação parental que centraliza o território como protagonista das resoluções.

Outra definição importante acerca das tecnologias sociais é dada por Silva e Alencar (2014) que ressaltam a importância da replicabilidade do produto, técnica ou metodologia desenvolvida nessa interação com a comunidade. Nesse sentido, é importante extrair da replicabilidade a compreensão de que é possível organizar uma transmissão dessa tecnologia que atenta para as implicações que cada território traz, diferentemente de uma replicabilidade como algo mecânico. Dessa forma, o Programa Escola da Família executa esse pilar da tecnologia

social de forma exemplar, visto que a formação realizada com os profissionais de saúde agrupa diferentes profissionais, de unidades diferentes e especializações distintas. Nesse ambiente, portanto, a troca dos saberes flui de forma que cada profissional vocaliza dificuldades, angústias e soluções encontradas no processo de realização dos encontros do Escola da Família.

Considerando o impacto que as tecnologias sociais têm no território, Maciel e Fernandes (2011) apontam que as tecnologias sociais representam alternativas eficazes para o enfrentamento das expressões da questão social, justamente por se originarem de experiências construídas a partir de iniciativas comunitárias locais, articulando saberes populares e acadêmicos em processos participativos. Em consonância, o Programa Escola da Família proporciona ações de enfrentamento à violência por meio de estratégias que emergem da escuta dos territórios em diálogo com o conhecimento acadêmico.

Ao longo de sua implementação, o Programa construiu um processo coletivo que envolve profissionais da saúde, universidades públicas (UnB e UFF), gestantes, famílias e comunidades – diferenciando-se de uma tomada de decisões verticalizadas. Em sua base há uma metodologia que se ancora em processos participativos e democráticos – desde oficinas formativas com profissionais da atenção primária até a construção de intervenções grupais nas unidades de saúde. Dessa maneira, o Programa evidencia um esforço deliberado de construção conjunta de conhecimento e da prática.

Ao promover práticas parentais com afeto e sem violência, o Programa propõe uma transformação subjetiva e social que só é possível quando se reconhece a potência da articulação entre teoria (psicanálise, saúde coletiva e educação popular) e a prática territorializada. Dessa forma, o Programa Escola da Família se configura como uma tecnologia social inovadora, não apenas por seu conteúdo, mas por seu modo de construção, execução e escuta.

O PEF, enquanto política pública inovadora, representa um entendimento complexo que requer diálogo contínuo entre os diversos atores governamentais e não governamentais, para que suas ações

estejam alinhadas à realidade social e seus objetivos sejam plenamente alcançados, atendendo de forma eficaz às necessidades do público-alvo. Para isso, foi preciso desestabilizar as práticas institucionais tradicionais, promovendo uma transformação nas formas de se relacionar com o outro e com o trabalho em saúde.

Assim, neste capítulo, busca-se discutir – a partir dos relatos dos profissionais de saúde – as contribuições do Programa na prevenção à violência intrafamiliar e quebra do silenciamento, sobretudo das mulheres gestantes e puérperas. Por conseguinte, pretende-se discorrer sobre a construção de vínculos comunitários com base na implementação dessa tecnologia social em saúde. E, por fim, trazer contribuições do Programa Escola da Família no enfrentamento à violência, a positivação dos direitos, os benefícios da grupalidade no atendimento em saúde e o fortalecimento intersetorial.

2. Delineamentos metodológicos

A presente investigação caracteriza-se como uma pesquisa-ação de natureza qualitativa, ligada ao PEF, em que os sujeitos envolvidos no processo — pesquisadores e participantes — compartilham o campo de atuação e, juntos, produzem conhecimento. À vista disso, a cartografia foi eleita como método teórico-metodológico, orientando o percurso da pesquisa a partir do acompanhamento intensivo das práticas, dos encontros e dos afetos que atravessaram a experiência no Programa Escola da Família. Portanto, a cartografia aqui é entendida não como representação de um território previamente dado, mas como uma produção que se faz no ato do percurso — um *hódos-metá*, onde o método se constrói junto com o caminhar, e não antes dele (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015.)

A coleta de dados foi realizada principalmente por meio de diários de campo produzidos pela equipe do projeto entre os anos de 2022 e 2024. Esses registros, incluíram descrições de oficinas de formação em parentalidade com profissionais da saúde, anotações de visitas às unidades de saúde, reflexões sobre os encontros e os deslocamentos

vividos no projeto. Além dos diários, foram analisadas as falas dos profissionais de saúde que participaram das oficinas, compreendidas como pistas dos modos como a parentalidade é percebida, problematizada e reinventada nas práticas cotidianas de cuidado em saúde.

No primeiro momento do Programa Escola da Família, foram realizadas quatro oficinas com 22 turmas, entre 2022 e 2024, com profissionais da atenção primária que atuam com gestantes e puérperas. Foram trabalhados temas que transversalizam o conceito de parentalidades, em um espaço circular. Após o curso de formação, os profissionais de saúde implementaram projetos de intervenção com gestantes nas suas respectivas unidades de saúde. Durante as oficinas de formação e nas visitas de acompanhamento do processo de implementação do programa nas unidades, as escritas dos diários de campo permitiram revisitar as falas desses profissionais. Dessa forma, a escuta e elaboração dos sentidos presentes no discurso desses trabalhadores trouxe reflexões e implicações que possibilitaram a construção deste trabalho.

A análise do material coletado foi conduzida em consonância com a lógica cartográfica, apostando-se na produção de planos de sentido que emergiram no próprio acompanhamento do campo. Nesse percurso, a experiência cartográfica permitiu reconhecer a potência do projeto enquanto tecnologia inovadora em saúde — não pelo alcance de metas previamente traçadas, mas pela tessitura de encontros, gestos e escutas que, no próprio percurso, desenham modos singulares de cuidado e formação.

Destaca-se que o programa Escola da Família foi formulado por psicanalistas professoras da Universidade Federal Fluminense e da Universidade de Brasília, o que levanta a questão relativa àquilo que Lacan conceitua como psicanálise em extensão – conceito que se refere à aplicação da psicanálise no mundo, se opondo a psicanálise em intenção que se refere ao tratamento psicanalítico (Bernardes, 2010). É importante ressaltar que o trabalho feito existe num contexto de presentificação da psicanálise na saúde pública, auxiliando na teoria e prática.

3. Resultados

A escuta e a elaboração dos sentidos presentes no discurso desses trabalhadores trouxeram reflexões e implicações que possibilitaram analisar as contribuições de uma tecnologia em saúde no enfrentamento à violência intrafamiliar. A construção de vínculos em torno do tema da parentalidade durante os encontros do Programa Escola da Família contribuiu para uma abertura que quebra o silenciamento das violências presentes na nossa sociedade.

O Programa objetivou a criação de um espaço de encontro, portanto, uma travessia cheia de trocas, afetos e construção conjunta. À vista disso, a implantação do Programa como uma tecnologia inovadora em saúde pública permitiu consolidar práticas que fortalecem os laços na atuação em saúde na Atenção Primária, ampliando redes de apoio e promovendo transformações concretas no cuidado às famílias em contextos vulneráveis.

4. Eixos de discussão

4.1 Voz, abertura e prevenção das violências no ciclo gravídico puerperal

Durante a implementação do PEF apostou-se nas profissionais de saúde nas unidades básicas como disparadores críticos acerca da realidade que se vive, buscando que a temática da parentalidade seja introduzida com capilaridade no cotidiano e produza sentidos para as participantes dos grupos. Dessa maneira, as unidades propuseram estratégias qualificadas que garantam o envolvimento nas atividades da Escola da Família e a consequente efetividade do trabalho desenvolvido. Pautando-se nessa concepção de um programa dinâmico, durante a formação com as profissionais ressaltou-se que os encontros deveriam ser conduzidos de forma que as oficinas pudessem acompanhar o desejo das gestantes envolvidas no programa. Assim, foi possível observar, nos relatos das profissionais, a chegada dessas demandas e o foco em um manejo inicial de acolhimento, seguido de um tempo de elaboração coletiva.

O Programa se demonstrou de suma importância para construção e troca de saberes entre as unidades acerca da prevenção à violência. Diversos relatos apontam que a violência sofrida pelas gestantes é causada por parceiros e familiares próximos, o que viola estes espaços onde normalmente se espera segurança. Dessa maneira, a construção de um ambiente acolhedor nas unidades demonstra-se como um importante passo na quebra do silenciamento, visto a complexa vulnerabilidade dos casos atendidos, como foi relatado:

Uma delas já tinham sido violentadas outras vezes por família, infelizmente é o mais comum... ela chegou para a gente no grupo, ela veio de máscara, capuz, casaco... e tava calor... aí depois de um tempo ela já foi vindo melhor, sem capuz... até que um dia ela conseguiu falar (Enfermeira).

O relato da enfermeira destaca que, apesar de envolver uma situação de violência extrema, trata-se de algo comum. A chegada da usuária ao grupo de apoio, mesmo sem verbalizar inicialmente sua dor, já demonstrava o peso da violência: roupas pesadas em um dia de calor, máscara e capuz, um desejo de invisibilidade de suas marcas físicas da agressão. É fundamental que as profissionais possam receber formação continuada para conseguirem significar os sinais de violência apresentados, oferecendo espaço seguro para escuta e acolhimento. Nesse sentido, percebe-se a importância da formação de espaços coletivos de cuidado que permitam maior apoio e acessibilidade para as gestantes na unidade. Assim, compreende-se o laço social por meio da psicanálise como “relação entre os seres humanos que se sustenta do discurso e, por meio dele, assume as modalidades de época e marcas de uma cultura determinada” (TIZIO, 2006, p.2) - sendo a diversificação do discurso que possibilita a construção de novas perspectivas, estas que vão para além da naturalização da violência.

A partir das visitas às unidades foi possível coletar uma extensa quantidade de relatos acerca do processo de implementação das oficinas com as gestantes e sobre o fortalecimento do trabalho multidisciplinar

das profissionais. Acerca disso, Abreu (2008) argumenta que, na formação de grupos clínicos, as relações entre os técnicos não são determinadas apenas pelo saber específico de cada profissão, mas também pelo conhecimento que cada sujeito carrega e traz para o grupo, indo além de uma prática multidisciplinar.

Dessa maneira, destacam-se dois relatos que expõem a complexidade do trabalho de profissionais de saúde em territórios atravessados pela violência, que levantam questões éticas e operacionais desafiadoras em relação a atuação desses profissionais no cuidado às mulheres:

Todas as mulheres que a gente conheceu aqui já tiveram contato com experiências de violência. Já tivemos um caso grave, onde o marido esfaqueou a mulher na frente dos filhos. Ela levou isso pra frente, denunciou, acionou a mídia e conseguiram logo prender o cara. Mas o receio de muitas mulheres é que membros da sua família passem por situação parecida... já teve o caso da gente entrar em contato no atendimento com uma mulher vítima de violência e o parceiro vir até a gente e questionar o que estava acontecendo na sala. (Enfermeira)

Temos medo das denúncias também com relação a equipe, temos que ter jogo de cintura porque estamos no território. A gente tá aqui todo dia. No hospital, se tem o esquema de plantão, também temos que atender o agressor (Enfermeiro)

A violência presente no território produz uma situação de duplo impasse para o profissional de saúde: cuidar de populações vulnerabilizadas e, ao mesmo tempo, proteger-se enquanto equipe de saúde exposta às violências do território. Dado isso, é válido remeter ao conceito de tecnologia social em saúde previamente explicitado que sustenta o programa: uma tecnologia que reconhece que o trabalho em saúde pública não acontece em espaços neutros, mas em territórios socialmente complexos. Dessa forma, durante as trocas nas oficinas o ato de coletivizar essas inseguranças serviu como disparador de discussões acerca de estratégias de enfrentamento a essas situações. Torna-se evidente, portanto, que o PEF contempla em seu segundo

eixo um importante aspecto no cuidado voltado para a violência que se projeta sobre os próprios agentes de cuidado.

Ademais, é importante destacar a complexidade vivida por gestantes no que diz respeito às barreiras psíquicas que dificultam a expressão do sofrimento. Os relatos evidenciam os efeitos que a violência tem na construção de vínculos, na relação com o bebê e na própria experiência de maternidade. Sobre esse impacto psíquico, o seguinte relato se destaca:

No meu setor tem muitas gestantes que sofreram violência física do parceiro. Uma perdeu uma bebê, pois dormiu com o bebê no colo e sufocou. Agora nasceu gêmeos, mas ainda sente muita culpa pela perda, parceiro preso, sofreu muita violência física e moral, sem renda própria. Caso de muita vulnerabilidade. Ela foi acompanhada com psi, até a mãe dela (avó) com os bebês gêmeos não dorme, tem um cuidado extremo, quando ela fica sonolenta a avó fica chamando atenção dela, logo ninguém dorme. (Enfermeira)

O relato nos apresenta um território subjetivo onde a violência se infiltra na vida psíquica do sujeito, agravando uma posição já muito delicada, que se expressa pelo medo de falhar como mãe. Nesse sentido, diante de situações de extrema vulnerabilidade, as trocas com as profissionais de saúde indicam o fortalecimento de redes comunitárias e familiares como um caminho potente. A avó, já envolvida no cuidado dos gêmeos, também precisa ser reconhecida como sujeito de cuidado. Assim, é necessário atribuir o devido valor à expressão “ninguém dorme”, que explicita a exaustão e o adoecimento dos cuidadores.

Pode-se, portanto, a partir dos relatos apresentados, ilustrar como o Programa Escola da Família, enquanto tecnologia social em saúde, propõe algo para além da lógica biomédica, buscando oferecer uma resposta mais duradoura e sensível à complexidade dos territórios. Ao criar grupos educativos, formar profissionais atentos a essas nuances e fomentar uma rede de apoio mútuo, evidencia-se sua importância como estratégia para romper o ciclo de silenciamento, culpa e isolamento que atravessa os relatos observados.

4.2 O Programa Escola da Família: espaço de encontro e travessia cheia de trocas, afetos e construção conjunta

Mais do que um lugar físico, o espaço do programa Escola da Família se constituiu como uma travessia: uma experiência compartilhada de escuta, troca e afetação mútua entre profissionais e gestantes, entre mulheres e suas histórias, entre o cuidado e o território. Nesse percurso, foram sendo tecidos vínculos comunitários com as profissionais de saúde para além da sala de consulta. O vínculo entre as gestantes — atravessado pela troca de experiências, medos, aprendizados e afetos — tornou-se campo fértil para o fortalecimento subjetivo e coletivo dessas mulheres. Ao mesmo tempo, as profissionais de saúde, implicadas nesse processo, deixaram de ocupar apenas a posição técnica e abriram-se ao encontro, produzindo um cuidado compartilhado e não hierárquico.

Nunca trabalhei com dinâmica e com grupos. Mas, depois, achei uma maravilha! Adorei! Achei fantástico e fomos tendo várias ideias [...] os grupos foram tão marcantes que, ao concluir, uma gestante comentou “E agora? O que vamos fazer às quintas de manhã?, outra apareceu ontem pra ver se realmente não ia ter grupo” (Enfermeira)

Ademais, enquanto uma política pública que visa atuar na base, deslocou-se o sentido tradicional do cuidado em saúde, muitas vezes centrado na lógica da prescrição e remissão de sintomas, para uma perspectiva que reconhece a potência do território. Nesse sentido, compreender a Escola da Família como uma tecnologia em saúde é reconhecer que sua potência reside menos na transmissão de saberes formais e mais na produção de espaços de convivência, escuta e invenção coletiva. Assim, o programa se configurou, também, como uma tecnologia relacional, capaz de produzir laços, sentido e pertencimento, operando uma clínica ampliada que acolhe a vida em sua complexidade, como foi relatado:

A gente está conseguindo fazer bem o projeto, espalha cartazes pela unidade, quando a gente vê uma grávida a gente já chama para as

reuniões... o que é legal do projeto é a questão do vínculo... o bebê nasce elas vêm mostrar o bebê... o bebê já com seis meses eles trazem pra gente ver... elas criam grupo de WhatsApp e já trocam informações entre elas... elas criam uma rede de apoio entre elas (Enfermeira)

Os relatos das profissionais que vivenciaram a implementação do programa em suas respectivas unidades, evidencia que o cuidado ali produzido transbordou os limites institucionais e se tornou um laço vivo e afetivo. A criação de redes de apoio entre as próprias gestantes, como os grupos de WhatsApp e os retornos à unidade de saúde mencionados, revelam uma dimensão autônoma e coletiva da experiência. Outrossim, o espaço das unidades de atenção primária à saúde, tornaram-se lugares de pertencimento, escuta e elaboração, inclusive de violências antes naturalizadas:

São gestantes em sua maioria com realidade bem complexas (...) Uma gestante chegou com desconfiança da gravidez. Ela foi acolhida na equipe e elabora essa notícia, que não é romântica. Foi encaminhada para psicóloga e psiquiatra, diante de uma questão complexa de contexto de violência com o genitor - e fala que é mais uma criança com esse genitor. O grupo a acolheu e expandiu, criou um grupo de WhatsApp, e foi recebida com café e bolo, recebida por todos. Quando o bebê nasceu falou que “vim trazer minha filha para as tias conhecerem”. Ela se mostrou uma mãe muito mais amadurecida, de acordo com suas palavras. Identificou a violência que sofria, que suas crianças sofreram. Ela é uma pessoa que tem protagonismo no território, então influenciou outras mães e o próximo grupo foi praticamente formado só por mães que foram acionadas por ela. Não temos falas de garantia, mas acolhemos e dá muita satisfação saber que naquela gestação houve uma diferença (Enfermeira).

À vista disso, o cuidado não se limita à escuta das demandas clínicas, mas se estende àquilo que, muitas vezes, não pode ser dito. Mais ainda, essas experiências mostram que a grupalidade não apenas acolhe, mas também transforma, produzindo agenciamentos no território. Nesse sentido, o PEF foi capaz de criar um ambiente de

segurança simbólica e física. Também forjou um espaço de transformação subjetiva, a partir da incorporação de uma política pública. Durante o *Seminário e Workshop Internacional Parentalidades e Vulnerabilidades* (2023) - organizado pela equipe técnica do PEF e em parceria com a prefeitura de Niterói, a Secretaria Municipal de Saúde, o *Pacto Niterói Contra a Violência*, a Finatec, a Universidade de Brasília, a Universidade Federal Fluminense e a Rede Parentalidade e Vulnerabilidade – Eduardo Passos, professor da Universidade Federal Fluminense (UFF) e consultor do Ministério da Saúde (MS/BR) para a implantação da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS), em sua fala, contou sobre a inseparabilidade entre saúde da família e saúde pública. Entendendo-se que, os sujeitos que integram as redes de produção de saúde (usuários, trabalhadores, gestores etc.) têm neles corporificado um modo de fazer. Dessa forma, a efetivação da política pública se dá a partir de uma encarnação do Programa nos sujeitos que participaram na implementação do PEF e na aproximação da prática do profissional e do cidadão:

Tenho muito prazer de participar, quando cheguei na unidade o projeto estava sendo iniciado. É um ambiente que as pessoas querem estar, criou-se um vínculo com o obstetra muito bacana. Tivemos uma gestante que entendeu que sofreu uma violência na unidade, muitas sofrem sem saber que sofrem. Todos nossos temas tocam na violência e estamos dando suporte. As gestantes não querem sair do grupo e continuam ficando pois encontraram ali mulheres com situações parecidas. Quando damos o espaço de fala se abrem após relatos de outras. É um espaço de muito crescimento, sentimos que estamos fazendo diferença na vida dessas pessoas (Enfermeira).

Assim, o Programa instituiu um outro modo de fazer saúde, comprometido com a escuta e a produção de vínculos. Além disso, o PEF reconhece que experiências de atenção à saúde não se fazem apenas por dispositivos institucionais, mas por encontros que reconhecem o outro em sua singularidade e vulnerabilidade. A análise dos diários da equipe junto aos depoimentos das agentes de saúde também

aponta que deslocando o eixo do cuidado da centralidade da figura do profissional para a potência dos vínculos e da convivência, se produz um modo (outro) de fazer saúde, em que o coletivo, mais do que um recurso organizativo, é força da produção e promoção de cuidado, saúde e transformação. Dessa forma, o sentimento de participar da implementação de um programa que produziu ações transformadoras, no campo social e subjetivo, dentro dos territórios, é, como narrou a enfermeira, entremeado por trocas, afetos e construção conjunta.

4.3 Proteção à vida, promoção de saúde e fortalecimentos dos vínculos a partir de uma tecnologia em saúde

Os relatos das profissionais de saúde permitiram analisar que o Programa Escola da Família, enquanto política pública apoiada em uma importante tecnologia social, possibilitou o acesso a direitos básicos às usuárias participantes, por meio de um benefício social no valor de R\$ 1.000,00 destinado às gestantes e puérperas, conforme relatado: *“muitas entram só visando os 1000 reais, mas ao longo dos encontros acabam tirando o foco do dinheiro e passam a pensar na parentalidade não violenta”* (Enfermeira). Assim, para além da sobrevivência alimentar, essas mulheres puderam se nutrir da troca afetiva vivenciada nos encontros grupais. Outra profissional complementou:

Como avaliamos, me preocupa uma gestante em vulnerabilidade e a mãe não ter o que comer em casa, e a gente tenta providenciar algo. É um desafio para nós, que estamos na ponta, acionar o serviço social para saber se essa mulher está acessando recursos, como o Bolsa Família. Então, vamos trabalhando em equipe multiprofissional. Não que vá suprir, mas ajuda. (Enfermeira)

As trocas no espaço coletivo de fala, proporcionadas pela formação e supervisão, auxiliaram as equipes na busca pelo matriciamento em rede e em suas articulações, evidenciando o engajamento dos profissionais na busca por instituições que auxiliassem essas mulheres em um acompanhamento social e na prevenção de violências de

forma continuada, visando a integralidade do cuidado. Conforme Campos (2000), o matriciamento pode ser qualificado como uma ação sistematizada de suporte técnico especializado às equipes de saúde, buscando ampliar o escopo terapêutico e clínico na Atenção Básica, de maneira compartilhada e integral no atendimento aos usuários.

Outro aspecto preocupante refere-se ao fato de que essa articulação é essencial para prevenir que pessoas da comunidade sejam cooptadas pelo crime organizado, uma vez que, onde o Estado falha, outros atores ocupam esse espaço como fruto do abandono social. Esse cenário foi relatado por uma nutricionista:

Sou nutricionista e quero compartilhar um caso que atendi ontem. Uma mãe em sofrimento, que toda hora voltava no assunto ‘minha filha é um problema’. Vi a necessidade de deixar as questões nutricionais de lado e oferecer uma escuta afetiva. A menina de 16 anos marcou com um rapaz e sofreu um abuso; depois disso, começou a ter comportamentos agressivos, quebrando tudo em casa. Na visão dela, pediu socorro em casa e não teve resposta, o que a levou a pedir ‘ajuda’ para o chefe do tráfico, que convocou a família para uma conversa, deixando a mãe ainda mais desesperada.

O projeto, enquanto tecnologia social, revelou as múltiplas faces da violência: a violência privada, que ocorre dentro das famílias e se perpetua por gerações, e a violência pública, caracterizada pela ausência de garantias sociais. Nesse sentido, o apoio matricial de outras instituições da rede socioassistencial à Atenção Primária possibilita a integralização de ações voltadas para a promoção da saúde, considerando os sujeitos em sua complexidade biopsicossocial.

Além da esfera social, essa tecnologia possibilita acessar e intervir em situações de violência localizadas nos núcleos familiares, como relataram duas enfermeiras:

Na nossa unidade, no acolhimento inicial, as gestantes têm compreendido o conceito de parentalidade e trazem questões relacionadas à violência, do tipo — ‘eu só dou um beliscão’ (no filho) — e a gente

traz uma reflexão. Então, começamos a refletir, pelo projeto, sobre como podemos romper esse ciclo que se reproduz.

Uma vez atendi uma paciente com uma criança que chegou com o nariz ferido e a boca machucada. Vi que aquilo era um trauma por agressão. Chamei o médico e percebemos que se tratava de violência. A criança era tímida, retraída, respondia olhando para a mãe. Junto com o E-Multi, pensamos em uma intervenção, pois foi uma agressão física.

Com o Programa Escola da Família, foi possível constatar que o fortalecimento de ações integradas, inter e intra-institucionais, permite ampliar o escopo de intervenções e articulações de caso, como campo propiciado por essa tecnologia em saúde. De maneira contínua, o projeto formou as profissionais para se sensibilizarem e aplicarem dispositivos clínicos no atendimento às pessoas que sofrem violência, como relatou uma nutricionista:

Uma gestante me ligou na véspera do carnaval; tinha sofrido uma violência moral do companheiro, que mandou ela abortar. Recebi orientação da supervisora e foi muito bom, porque nos encontros desse grupo percebemos essas situações, até observamos hematomas. Marcamos um encontro dela com a psicóloga. Outra gestante, de Manaus, enfrentava conflitos culturais com a sogra, o que afetava muito sua saúde. Isso ampliou nosso olhar como equipe e elas vêm falar com a gente.

Nesse sentido, a nível intra-institucional pode-se afirmar que a interdisciplinaridade no manejo dos casos reflete na melhoria dos atendimentos na Atenção Primária, sobretudo para pessoas em situação de vulnerabilidade. D'Oliveira et al. (2009) apontam que a Atenção Primária pode e deve ser elemento central para promoção e prevenção das situações de violência intrafamiliar. Por isso, o fortalecimento das ações nas unidades de saúde deve ser priorizado nas políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS), como relatou uma enfermeira:

Na nossa unidade, no acolhimento inicial, as gestantes têm entendido o que é parentalidade e trazem questões de violência, como 'eu só

dou um beliscão'. E a gente traz uma reflexão. Então, começar a refletir pelo projeto, sobre como quebrar ciclos que são reproduzidos.

Assim, enquanto tecnologia social no território, o projeto revelou os desafios do enfrentamento à violência, defrontados por meio de parcerias entre profissionais e outras instituições, além da aplicação de instrumentos diagnósticos e disparadores de discussão, como a entrevista socioassistencial no início das intervenções e os encontros em grupo, que se mostraram fundamentais para o mapeamento dos casos de violência familiar, conforme relataram duas enfermeiras:

É muito interessante que, nesse primeiro momento do formulário social, elas não reconhecem que sofreram violência. Depois, nos encontros, elas percebem que sim... no tema de violência obstétrica, perguntei no começo e nenhuma disse que havia sofrido; após minha fala, todas reconheceram e contaram seus casos.

Falamos também sobre o ciclo da violência. Acho importante tratar isso: a violência desde os primeiros dias de vida, para tentar romper essa estrutura que naturaliza o racismo e a violência contra a mulher. E falamos dos homens, que muitas vezes reproduzem sem reconhecer a violência que sofreram.

Pode-se destacar que as tecnologias sociais em saúde se configuram como estratégias efetivas no enfrentamento das problemáticas sociais, por serem experiências construídas a partir de iniciativas locais, pelo saber popular articulado aos conhecimentos acadêmicos e por processos democráticos e participativos (MACIEL; FERNANDES, 2011).

Por meio dos instrumentos utilizados nos encontros formativos, as profissionais foram instrumentalizadas para atuar em ações voltadas à promoção dos direitos das gestantes, inclusive na prevenção da violência obstétrica, como relatou uma enfermeira: "A palestra sobre os direitos foi muito importante. Elas dizem que vão imprimir a lei do acompanhante, ficam munidas de informação". Nessa atividade, foram abordadas temáticas de prevenção à violência obstétrica e divulgados

os direitos garantidos às gestantes, como o direito de ter acompanhante durante o parto e o pós-parto – Lei Federal nº 11.108– (BRASIL, 2005).

O projeto possibilitou, além do acolhimento às vítimas de violência familiar, a escuta e o cuidado de mulheres que sofreram violência obstétrica. Assim, consolidou-se como importante espaço de escuta e resgate do vínculo dessas mulheres com o sistema de saúde, visto que a experiência da violência obstétrica rompe os laços sociais. Nesse sentido, a fala de uma agente comunitária de saúde expressa essa realidade:

As mulheres escutam: ‘quanto mais você gritar, menos atenção vão te dar’. Fala assim já é violência. Muitas são mães pela primeira vez e nem podem expressar dor. Teve um caso de uma mãe cujo bebê caiu no chão no parto. E só se fala do bebê, mas e a situação da mãe? E a equipe? E o parto? É algo que temos de pensar desde a recepção do hospital.

5. Considerações finais

O Programa apresentou-se como tecnologia inovadora que ultrapassa capacitações técnicas, promovendo práticas afetivas e colaborativas em saúde pública. Assim, ampliou-se o acesso aos cuidados e há um fortalecimento de vínculos entre profissionais e comunidades em âmbitos de vulnerabilidade. Por conseguinte, ao favorecer um campo de escuta das histórias singulares e dos contextos sociais, fortaleceu políticas de prevenção à violência na parentalidade, configurando-se como instrumento fundamental no início da vida, na Atenção Primária.

Enquanto uma política pública, o Programa operou na tensão entre as diretrizes institucionais e a potência inventiva dos sujeitos, em uma lógica transversal, entremeadado pelos processos de subjetivação, vínculos e produção de sentidos. Dessa forma, a implantação do Programa Escola da Família, enquanto uma tecnologia inovadora em saúde, se construiu no encontro entre gestores, trabalhadores e usuários.

Assim, os projetos de intervenções produziram mudanças nos modos de fazer saúde, à medida em que foi se abrindo mão do lugar hierárquico de saber-poder e se colocando como sujeitos implicados,

na interação com a comunidade. Logo, a política pública foi incorporada como um modo de existir dos sujeitos que compõem essas instituições que cuidam do estado de desamparo - como a família e a rede de saúde. Nesse movimento, emergiu uma ética da escuta, favorecendo a criação de novos sentidos para o cuidado e para a parentalidade, sustentados na transversalidade das relações e na potência dos vínculos produzidos nos territórios.

Nesse sentido, ressalta-se como uma tecnologia em saúde centrada na troca, escuta, participação coletiva e na construção de redes de apoio, ampliou o acesso aos cuidados e fortaleceu vínculos entre comunidades e profissionais. Afinal, enquanto uma tecnologia em saúde, o Programa Escola da Família é como um tear que entrelaça vínculos, redes de apoio e cuidado. Assim, afirma-se que a longo prazo se constitui enquanto tecnologia de baixo custo e alta efetividade, pois promove articulação de rede dentro dos territórios.

Destaca-se, finalmente, a necessidade de continuação do Programa de forma a consolidar as ações de enfrentamento às violências territoriais em suas múltiplas manifestações, e com isso promover o acompanhamento continuado das pessoas que sofrem violência no ciclo gravídico-puerperal.

Referências

- ABREU, D. N. *A prática entre vários: a psicanálise na instituição de saúde mental*. Estudos e Pesquisas em Psicologia, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 74-82, 2008.
- BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde — SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 8 abr. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em: 14 jul. 2025.
- BARROS DE MEDEIROS, Cristina Maria; DA SILVA, Luiza Rosangela. Dimensões Constitutivas de Tecnologias Sociais no Campo da Saúde: uma proposta de construção e apropriação de conhecimento em territórios vulneráveis. *Textos & Contextos* (Porto Alegre), [S. l.], v. 15, n. 1, p. 144–159, 2016. DOI:

- 10.15448/1677-9509.2016.1.22248. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/article/view/22248>. Acesso em: 23 jun. 2025.
- BERNARDES, A. C. Pesquisa & psicanálise: algumas referências lacanianas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 26, n. 1, p. 35–38, jan. 2010.
- CAMPOS G. W. S. *A clínica ampliada, a equipe de saúde e o apoio matricial*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- D'OLIVEIRA, A. F. P. L. et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 4, p. 1037–1050, jul. 2009.
- FERTONANI, H. P. et al.. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 6, p. 1869–1878, jun. 2015.
- FREUD, Sigmund. Inibição, sintoma e angústia (1926). In: FREUD, Sigmund. *Obras completas*: volume 17: inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos (1926–1929). Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. p. 6-63.
- LEITÃO, C. L.; DE SOUZA, R. E. G.; DE CASTRO, F. C. S. S.; DE MACEDO, S. O. S. F.; SPENDER NETO, J. B.; DO NASCIMENTO, I. S.; SENA, A. A. L.; DOS REIS, G. C. Psicologia além do consultório: um relato de experiência de estágio em psicologia na atenção básica. *Revista Contemporânea*, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 2319–2342, 2024. DOI: 10.56083/RCV4N1-130. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/2899>. Acesso em: 16 jun. 2025.
- MACIEL, A. L.S.; FERNANDES, R. M. C. *Tecnologias sociais: interface com as políticas públicas e o Serviço Social*. Serviço Social & Sociedade, Porto Alegre, n. 105, p. 146–165, jan.–mar. 2011.
- NITERÓI. *Pacto Niterói Contra a Violência: cogovernança municipal para a construção das políticas públicas de proteção social, segurança pública e prevenção à violência*. Organização Karina de Paula. Niterói: Fundação de Arte de Niterói, Niterói Livros, 2022
- PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2015.
- ROMANINI, M.; ROSO, A. *Psicanálise, instituição e laço social: o grupo como dispositivo*. Psicologia USP, v. 23, n. 2, p. 343–366, abr. 2012.

SILVA, Alessandro Costa da; ALENCAR, Marcelo Henrique Bandeira Costa. Tecnologia social visando à promoção de saúde em uma comunidade rural de São Luís, Ma. *Saúde Transform. Soc.* Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 66-72, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852014000100011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 27 jun. 2025.

TIZIO, Hebe. Novas modalidades do laço social. *aSEPHallus*, v. II, n. 4, 2006.

ZAMBERLAN, C.; BENEDETTI, F. J.; SMEHA, L. N.; BÄR, K. A.; RODRIGUES JUNIOR, L. F.; BACKES, D. S. Fidelização e impacto de tecnologias sociais em saúde centradas no usuário: nova proposta de desenvolvimento. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 36, eAPE0052231, 2023.

O PÓS-NATAL PSICOLÓGICO NO SUS: ESTRATÉGIA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL MATERNA EM CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL



Elen Carioca Zerbini
Alessandra da Rocha Arrais

1. Introdução

Labilidade emocional, rebaixamento do humor, sintomas depressivos e ansiosos são comuns no ciclo gravídico-puerperal. Tal fato faz com que as mulheres demandem um olhar ampliado e sensível para a compreensão desse momento de vida. A formação das equipes que se ocupam da gestante no pré-natal, parto e puerpério merece relevante consideração, pois esta rede profissional deve reconhecer e intervir a tempo, para minimizar os efeitos eventualmente devastadores do adoecimento psíquico no processo de maternidade.

O Pós-Natal Psicológico (Ponp) é um novo conceito em atendimento psicológico perinatal voltado para o período puerperal e para construção da parentalidade. É uma proposta psicoterapêutica que aborda a vivência do puerpério, do encontro com a maternidade e paternidade e o rastreio dos sofrimentos psíquicos nessa fase, como a depressão pós-parto (DPP), visando integrar a puérpera e a família a todo o processo perinatal e parental (ARRAIS, AMORIM; ROCHA, 2020).

A literatura científica e a prática clínica com puérperas, sobretudo as atendidas pelo Sistema Único de Saúde, nos mostram que um grande número de mulheres se depara com sofrimento psíquico na vivência da maternidade. Em termos mundiais, cerca de 10% das mulheres grávidas e 13% das mulheres que acabaram de dar à luz

sofrem de um transtorno mental, principalmente depressão. Nos países em desenvolvimento esta percentagem é ainda mais elevada, ou seja, 15,6% durante a gravidez e 19,8% após o parto, (WHO, 2021). A meta-análise de Roddy Mitchell, Gordon, Lindquist, et al. (2023), mostrou que cerca de 20% das mulheres nos países em desenvolvimento sofrem de depressão clínica após o parto. O suicídio materno é também uma importante causa de morte entre mulheres grávidas e puérperas. Segundo o estudo de Chin et al. (2022) as taxas globais de suicídio perinatal variaram entre 1,27 e 3,7 por 100.000 nascidos vivos. Uma revisão sistemática de 14 estudos incluindo 6.406.245 mulheres grávidas e pós-parto descobriu que a prevalência mundial combinada de tentativas de suicídio foi de 680 por 100.000 (intervalo de confiança de 95% 0,10–4,69%) durante a gravidez e 210 por 100.000 (intervalo de confiança de 95% 0,01–3,21%) durante o primeiro ano pós-parto (RAO et. al., 2021).

No Brasil, a pesquisa realizada pela Fiocruz, Nascer no Brasil, no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, constatou uma prevalência total de casos prováveis de depressão em cerca de 26,3 %, ou seja, um número ainda maior que a taxa mundial. Levando-se em consideração a pandemia da Covid-19 e o aumento da violência doméstica, pode-se refletir e prospectar que esse índice estatístico tenha aumentado. Dados indicam um aumento entre 30% e 50% na violência de gênero em países como China, Itália, França e Espanha (MLAMBO-NGCUKA, 2020; VIEIRA et al., 2020). No Brasil, em 2023, foram registrados 1.467 casos de feminicídio, representando um aumento de 1,6% em relação ao ano anterior, com uma vítima a cada seis horas, o maior número desde a criação da lei – Lei nº 13.104/2015 – contra o feminicídio, em 2015 (BRASIL, 2015). Além disso, mais de 1,2 milhão de mulheres foram vítimas de algum tipo de violência, incluindo homicídios, feminicídios, agressões no contexto doméstico, ameaças, perseguição, violência psicológica e estupro. Os casos de estupro, por exemplo, chegaram a um registro a cada seis minutos, totalizando 83.988 ocorrências em 2023, um aumento de 6,5% em relação a 2022, sendo as principais vítimas meninas negras de até 13 anos. Também houve

crescimento expressivo em casos de violência psicológica (33,8%) e perseguição (34,5%), evidenciando a persistência da crise de segurança enfrentada pelas mulheres brasileiras, segundo o *Anuário Brasileiro de Segurança Pública* (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024).

Assim, tanto a violência quanto vários outros fatores sociais e singulares contribuem para a incidência e agravo do adoecimento psíquico no período pré e pós gestacional. Por isso, é preciso compreender que existem riscos ou eventos potencialmente danosos que se configuram como preditores, fatores que aumentam o grau de tensão, influenciando nas respostas individuais ou ambientais e assim potencializam a possível crise, afetando aspectos de ordem física, social e emocional (MORAES et al., 2006).

Podem ser incluídos como fatores de risco ou fatores predisponentes para DPP: ser primípara; ser mãe solo; conflitos e falta de apoio conjugal; evento de vida estressante, como perda de emprego ou morte de familiar; falta de apoio familiar e social, histórico pessoal ou familiar de doença psiquiátrica, mas principalmente a existência de episódios depressivos anteriores e durante a gravidez. Complicações obstétricas no pré-natal ou imediatamente pós-parto; parto traumático; parto múltiplo e prematuro, abortos anteriores, parto de natimorto ou síndrome de morte súbita infantil (HARVEY, 2002; ROSENBERG, 2007; BAPTISTA et. al., 2004; ARRAIS e col., 2018; ARRAIS e col., 2019; CRUZ et. al., 2005; MORAES et. al., 2006; KONRADT et. al., 2011; GOLSE, 2002). Acrescentamos ainda aqui a gestação decorrente de estupro e a impossibilidade de abortamento (ARRAIS; ZERBINI, 2020).

A depressão pós-parto é uma das psicopatologias mais frequentes do ciclo gravídico-puerperal, sendo os fatores de risco para sua ocorrência eventos ou situações já estabelecidas que propiciam o surgimento de problemas emocionais após o parto (GOLSE, 2002). De modo geral, Schmidt et al. (2005) agrupam os riscos para a DPP em três categorias: a primeira relaciona-se à qualidade dos relacionamentos interpessoais da mãe, particularmente com seu parceiro; a segunda refere-se à gravidez e ao parto e à ocorrência de eventos de vida estressantes; e a terceira relaciona-se às adversidades socioeconômicas. Ou seja, condições de

vida interferem diretamente no sofrimento psíquico de gestantes, puérperas e outras mulheres com filhos.

Segundo o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2024), os registros de estupro e estupro de vulnerável subiram de 78.887 em 2022 para 83.988 em 2023, sendo que 76% desses casos foram de estupro de vulnerável. Esse tipo de crime se caracteriza não só pela prática de conjunção carnal ou outro tipo de ato libidinoso com menores de 14 anos, mas também com qualquer pessoa que possua enfermidade ou deficiência mental que impeça o consentimento livre para o ato ou, ainda, com alguém que esteja temporariamente em um estado que não possa oferecer resistência (BRASIL, 1940). Sobre as vítimas, são meninas (88,2%), negras (52,2%), de no máximo 13 anos (61,6%), que são estupradas por familiares ou conhecidos (84,7%), dentro de suas próprias residências (61,7%), (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024).

Para além do Brasil, segundo novas estimativas do Unicef (2024) mais de 370 milhões de meninas e mulheres vivas hoje – ou 1 em cada 8 – sofreram estupro ou abuso sexual antes dos 18 anos.

Ou seja, a violência sexual é uma ocorrência nefasta e muito frequente que atinge pessoas de todas as idades, mas mulheres, abaixo de idade da adolescência e negras são as vítimas mais recorrentes. Hoje se reconhece seu impacto no adoecimento físico e psíquico causando danos indelévels na vida das vítimas. Por isso a importância de se pensar em mecanismos de impedir todo tipo de violência como também o devido tratamento às vítimas.

2. O Pós-natal Psicológico – Estratégia de cuidado em saúde mental perinatal

Visando melhoria na assistência e cuidado em saúde mental perinatal, sobretudo no âmbito de saúde pública, o pós-natal psicológico, assim como o pré-natal psicológico, e a assistência psicológica no momento de trabalho de parto, são estratégias válidas e efetivas.

No trabalho do pré-natal, o questionamento parental sobre o lugar do filho esperado na economia psíquica familiar é, sem dúvida, de

caráter fundamental. Antes do nascimento real, a existência imaginária do bebê, possibilita a construção de seu lugar no seio familiar e uma revisita a esse lugar de filho anteriormente vivido pelos pais. É um período de muitos medos e ansiedades, as incertezas sobre a chegada do bebê e a reorganização familiar em razão das mudanças de papéis e funções dentro da família.

Do ponto de vista da psicodinâmica, o ciclo gravídico puerperal é uma fase caracterizada por uma grande permeabilidade às representações inconscientes, por uma transitória suspensão do recalçamento. Tem o poder de revirar conteúdos do inconsciente de todos que ali operam, visto que se trata dos primórdios, da origem, do impossível de se aprender, do mítico. Por sua vez, o bebê pode não só suscitar vínculos em torno dele como também atacar esses vínculos que ele mesmo cria. O cuidado com a rede que cuida do pré-natal, do parto e puerpério merece relevante consideração, pois esta rede melhor elaborada pode minimizar os efeitos eventualmente devastadores da maternidade. Abrir portas à escuta do sujeito para que ele possa falar de suas fantasias, suas dores e seus desejos mortíferos (CHAVES, 2010).

Na cena do trabalho de parto a presença do psicólogo atende uma assistência integral ao parto e à mulher considera os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo, que se reveste de um caráter particular e subjetivo, que vai além do processo de parir e nascer. Segundo Szejer (1997) o parto se caracteriza como um momento crítico na vida da mulher, podendo acarretar uma desconstrução psíquica. Este fato sugere o espaço de atuação para o psicólogo na cena do parto, que é o profissional capacitado para lidar com os aspectos psicológicos, que se caracterizam pela manifestação da subjetividade humana (sentimentos, desejos, falas, pensamentos, comportamentos, fantasias e lembranças), dispondo de técnicas e de conhecimentos que lhe possibilitam compreender a fala e comportamentos não verbais, integrando em um quadro de análise que busca descobrir as razões destes aspectos possibilitando possíveis intervenções (SIMONETTI, 2004). No caso de uma gestação decorrente de estupro, que não foi interrompida segundo legislação brasileira, o parto pode ter um fator

desestabilizador ainda maior, pois o próprio contexto de exposição do corpo pode levar a lembranças muito vívidas da cena de violência (HARLVORSEN et al., 2013)

Em continuidade, o puerpério pode ser um momento na vida da mulher vivenciado como uma fase que está sobrecarregada por muitos transtornos do humor, em particular pela depressão. Situações adversas ou traumas vivenciados antes ou durante a gestação se tornam grandes desencadeadores de adoecimento e mal-estar, podendo agravar sintomas puerperais de sofrimento psíquico. No caso de mulheres que engravidaram de um estupro e mantiveram suas gestações, os sintomas podem ser ainda mais intensos, podendo durar por um tempo ainda maior. São sintomas de tristeza, culpa, angústia, raiva, medo, nojo, insônia, desesperança (NUNES; MORAIS, 2016).

Portanto, ocupar-se de uma mulher puérpera para abordar as questões psicológicas do ciclo que envolve gestação, parto e puerpério, vai além do tradicional, é preciso atenção para captar as nuances de um sofrimento que pode advir de inúmeras exigências sociais e familiares, além de violências sofridas. Deve-se levar em conta a ambivalência que perdura durante o puerpério e ainda as dificuldades em estabelecer uma relação satisfatória com o filho, reconhecendo que as mudanças da maternidade são inevitáveis e profundas.

Assim, buscando atender a demanda desse período, o Pós-natal Psicológico (Ponp) é apresentado como uma modalidade de atendimento de acompanhamento emocional, psicoeducativo e às puérperas, como uma medida não farmacológica e adjuvante ao tratamento psiquiátrico após o parto. Assim como o Pré-natal psicológico, que hoje é reconhecido como uma estratégia importante e válida na assistência a gestantes e suas famílias (ARRAIS, ARAÚJO; SCHIAVO, 2019).

Deste modo, o Ponp é um modelo de trabalho psicológico de atendimento perinatal buscando trabalhar dificuldades do processo puerperal e da construção da parentalidade. Essa proposta oferece apoio emocional, discute soluções para demandas que podem surgir no período pós-parto, como aquelas relacionadas aos mitos da maternidade, à sua idealização, aos transtornos psicossomáticos, aos transtornos depressivos

e de ansiedade, às dificuldades com o aleitamento materno, às mudanças de papéis familiares e sociais, além de acompanhar a construção do vínculo pais-bebê; trabalhar o desenvolvimento da confiança na própria percepção e na própria sensibilidade; e conscientização dos pais em relação ao atendimento que recebem e à reivindicação de suas necessidades. Assim, o benefício desse trabalho é com relação aos desencontros com a maternidade e as angústias inerentes ao processo de gestar, parir, ficar ou não com o bebê e tomá-lo como filho (ARRAIS; ZERBINI, 2020). Sendo ainda possível utilizá-lo com puérperas que não desejaram ficar com os bebês gerados e ainda mulheres que engravidaram após violência sexual e desejaram prosseguir com a gestação. Importante salientar, que tanto o Pré quanto o Pós-natal Psicológico não visam dissuadir a gestante, vítima de estupro, de interromper a gestação. O objetivo basilar é de garantir a devida assistência psicológica, técnica, ética e científica a mulheres nessa vivência particular.

O intuito dessa intervenção psicológica nesse contexto é oferecer uma escuta qualificada e diferenciada sobre o processo da construção da maternidade (quando este é o desejo da vítima), fornecendo assim um espaço em que a mulher possa expressar suas angústias, suas ansiedades e ainda favorecer a reflexão sobre suas experiências familiares prévias.

Trata-se também de uma ferramenta de baixo custo, tendo em vista que o formato pode ser em grupo ou individual, e pode ser realizado em unidades de saúde ou outros dispositivos sociais que atendam essa população. Na experiência das autoras, após a participação no Ponp, as puérperas geralmente demonstraram mais estabilidade psíquica, maior controle da ansiedade, manutenção ou redução de dosagens no tratamento farmacológico, melhor adesão ao tratamento psiquiátrico e ginecológico, menos episódios de crises (ARRAIS; ZERBINI, 2020).

Portanto, o Pós-Natal Psicológico tem como premissa básica que se tornar mãe não é uma operação instintiva ou lógica, e nem sempre se trata de um processo tranquilo e sem temores, pois proporciona revivências de relações maternas primárias e, muitas vezes, de inúmeros conflitos e de muitas angústias. A maternidade é um processo construído psiquicamente com referências transgeracionais dos representantes

maternos – bisavós, avós, mãe e seus substitutos – transmitidos de forma inconsciente através dos atos e dos ditos e não-ditos de tais representantes. A maternidade é, assim, cercada de muitas fantasias e mitos familiares e sociais, especialmente quando atravessada por uma vivência traumática de violência sexual.

A partir do anteriormente exposto sobre o Ponp, vale frisar a relevância de um cuidado maior à subjetividade da mulher na hora do parto, manifestando cuidado e respeito a este corpo que em outro momento foi violado e também as experiências de trauma anteriores, sobretudo nos casos em que a mulher engravidou em decorrência de uma violência sexual. Por isso a relevância de um trabalho psicológico com o entendimento do ciclo gravídico-puerperal e conhecimento sobre a legislação e direito das mulheres, mesmo que a mulher, vítima de violência sexual, opte pelo abortamento legal.

Embora a técnica seja baseada no atendimento focado na puérpera, é importante, como já nos apontou Arrais et al. (2020) e Maldonado (2017), que a família possa ser estimulada a participar, desde que autorizado pela paciente. Os benefícios podem se estender a todos, mas principalmente ao binômio mãe-bebê gerado, uma vez que percebemos que uma mulher tendo espaço para elaborar suas dificuldades e emoções pode se oferecer como um continente para sua criança.

De forma mais didática, a função do Ponp pode ser entendida como:

- Ajudar a puérpera a lidar com as mudanças emocionais do puerpério,
- Oferecer um espaço de escuta qualificada para que a puérpera possa expressar seus medos e ansiedades;
- Favorecer a troca de experiências, descobertas e informações entre a puérpera e sua família;

E no caso de uma mulher vítima de estupro:

- Ajudar a puérpera a ressignificar sentimentos negativos que possam surgir, sobretudo os relacionados à vivência traumática da violência sexual;

- Prevenir o surgimento ou agravamento de transtornos mentais pós-parto, especialmente o Tept, relacionado à violência sexual vivida;
- Fortalecer a capacidade das mulheres de enfrentar os desafios advindos da maternidade nesse contexto ou ainda da escolha pela adoção;
- Prevenir situações adversas decorrentes do processo gestacional/puerperal de uma vítima de estupro;
- Contribuir para o desenvolvimento emocional da díade mãe-bebê, quando ele fica com a mulher vítima de violência;
- Promover o bem-estar da mulher nesse período, assegurando seus direitos e respeitando seu desejo em relação a si.

3. Considerações finais

A atenção à saúde mental perinatal deve levar em conta que inúmeros fatores contribuem para o adoecimento de uma mulher. A violência sexual, sobretudo a gestação decorrente de estupro, é um ato avassalador e que deixa marcas profundas e que merecem ser cuidadas de forma ética, profissional e respeitosa. Entretanto, esse tipo de tratamento não pode estar desvinculado de políticas públicas que visam não só combater a violência contra mulheres, como também oferecer serviços capacitados para o devido atendimento das vítimas.

Nessa toada, o Pós-natal Psicológico surge como um mecanismo técnico científico atual, alinhado com as leis, diretrizes e boas práticas para diminuir as complicações relacionadas às violências sofridas e suas correlações com o ciclo gravídico-puerperal. Além de trazer na base teórica a importância dos direitos reprodutivos e a ampla defesa dos direitos das mulheres.

Esse capítulo propõe abrir caminhos a novas maneiras de se fazer atendimento psicológico às puérperas que engravidaram de um estupro, na busca de transformações psicossociais mais profundas e acolhedoras, além de fortalecer as estratégias de intervenção na saúde pública do nosso país.

4. Referências

- ARRAIS, A. R.; ARAÚJO, T. C. C. F.; SCHIAVO, R. A. Fatores de risco e proteção associados à depressão pós-parto no pré-natal psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, [S.l.], v. 38, n. 4, p. 711–729, out. 2018.
- ARRAIS, A. R.; ARAÚJO, T. C. C. F.; SCHIAVO, R. A. Depressão e ansiedade gestacionais relacionadas à depressão pós-parto e o papel preventivo do pré-natal psicológico. *Revista Psicologia e Saúde*, [S.l.], p. 23–34, 17 jul. 2019.
- ARRAIS, A.; ZERBINI, E. C. Violência contra a mulher: diálogos interdisciplinares – cap. 3: Estudo de caso de gestação decorrente de estupro: contribuições do pré e do pós-natal psicológico para proteção psíquica da diáde mãe-bebê. 1. ed. Curitiba: Brazil Publishing Autores e Editores Associados, 2020. v. 1. 290 p.
- ARRAIS, A. R.; AMORIM, B.; ROCHA, L. Pré-natal psicológico na prática: da origem ao modelo Arrais. In: BENINCASA, M.; ROMAGNOLO, N. A.; HELENO, M. G. V. (org.). *Maternidade, parentalidade e conjugalidade: estudos teóricos e empíricos em psicologia*. Curitiba: CRV, 2020.
- BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; OLIVEIRA, M. G. Depressão e gênero: porque as mulheres se deprimem mais que os homens? In: BAPTISTA, N. (org.). *Suicídio e depressão: atualizações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. p. 50-59.
- BRASIL. Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal Brasileiro.
- BRASIL. Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13104.htm. Acesso em: 14 jul. 2025.
- CHAVES, M. P. C. T. A Psicanálise em interface com a saúde pública na abordagem da maternidade. In: BARBOSA, D. C.; PARLATO-OLIVEIRA, E. *Psicanálise e clínica com bebês: sintoma, tratamento e interdisciplina na primeira infância*. São Paulo: Instituto Langage, 2010.
- CHIN, K.; WENDT, A.; BENNETT, I. M.; BHAT, A. Suicide and maternal mortality. *Current Psychiatry Reports*, v. 24, n. 4, p. 239–275, abr. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01334-3>.
- CRUZ, E. B. S.; SIMÕES, G. L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da DPP em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 181-188, 2005.

- FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. *18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública: dados de 2023*. 2024. Disponível em: <https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2024/07/18/violencia-contra-mulher-anuario-seguranca-publica-2024.htm>. Acesso em: 14 jul. 2025.
- GOLSE, B. Depressão do bebê, depressão da mãe: conceito de psiquiatria perinatal. In: CORRÊA FILHO, L.; CORRÊA, M. E. G.; FRANÇA, P. S. (org.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos*. Brasília, DF: LGE, 2002. p. 232–248.
- HALVORSEN, L.; NERUM, H.; OIAN, P.; SORLIE, T. *Giving birth with rape in one's past: a qualitative study*. *Birth*, v. 40, n. 3, p. 182–191, 2013.
- HARVEY, E. Depressão pós-parto: esclarecendo suas dúvidas. São Paulo: Ágora, 2002.
- KONRADT, C. E. et al. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. *Revista de Psiquiatria Rio Grande do Sul, Porto Alegre*, v. 33, n. 2, p. 76–79, 2011.
- MLAMBO-NGCUKA, P. Violência contra as mulheres e meninas é pandemia invisível, afirma diretora executiva da ONU Mulheres. In: *ONU Mulheres Brasil*, 2020. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/noticias/violencia-contra-as-mulheres-e-meninas-e-pandemia-invisivel-afirma-diretora-executiva-da-onu-mulheres/>. Acesso em: 14 jul. 2025.
- MALDONADO, M. T. P. *Psicologia da gravidez*. Petrópolis: Vozes, 2017.
- MORAES, I. G. S. et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 65–70, 2006.
- NUNES, M. C. A.; MORAIS, N. A. Violência sexual e gravidez: percepções e sentimentos das vítimas. *Rev. SPAGESP, Ribeirão Preto*, v. 17, n. 2, p. 21–36, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702016000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 jun. 2020.
- MITCHELL, R.; GORDON, H.; LINDQUIST, A.; et al. Prevalence of perinatal depression in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, v. 80, n. 5, p. 425–431, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.0069>.
- RAO, W. W.; YANG, Y.; MA, T. J.; ZHANG, Q.; UNGVARI, G. S.; HALL, B. J. et al. Worldwide prevalence of suicide attempt in pregnant and postpartum women: a meta-analysis of observational studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v. 56, p. 711–720, 2021. DOI: 10.1007/s00127-020-01975-w.

- ROSENBERG, J. L. Transtornos psíquicos da puerperalidade. In: BORTOLETTI, F. F. et al. *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar*. Barueri, SP: Manole, 2007. p. 109-117.
- SCHMIDT, E. B.; PICCOLOTO, N. M.; MULLER, M. C. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF*, Bragança Paulista, v. 10, n. 1, p. 61-68, 2005.
- SIMONETTI, A. *Manual de Psicologia Hospitalar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, (2004).
- SZEJER, M.; STEWART, R. Nove meses na vida da mulher: uma aproximação psicanalítica da gravidez e do nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- VIEIRA, P. R.; GARCIA, L. P.; MACIEL, E. L. N. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 23, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/tqcyvQhQYjtQM3hXRywsTn/?format=pdf&lang=>. Acesso em: 14 jul. 2025.
- UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). When numbers demand action: confronting the global scale of sexual violence against children. New York: UNICEF, 2024.
- WHO, W. W. et al. Worldwide prevalence of suicide attempt in pregnant and postpartum women: a meta-analysis of observational studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v. 56, n. 5, p. 711-720, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01975-w>.

O PROGRAMA ESCOLA DA FAMÍLIA E A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS: IMPACTOS ÉTICO-METODOLÓGICOS

Paloma Meirelles
Carolina Sarzeda
Sandra Cabral



Uma política de engajamento como opção a uma política de armamento. Esta é a proposição à qual se articula o programa *Escola da Família: promovendo práticas parentais com afeto, sem violência*, que se realiza no município de Niterói (RJ) desde 2020.

Constitui-se, junto a outros projetos, como desdobramentos da resposta da cidade ao plebiscito ocorrido em 2017, no qual a maioria dos cidadãos entendeu que armar a guarda municipal não era a melhor estratégia para o enfrentamento da violência que, naquele período, só aumentava. Para o questionamento “Você é a favor do uso de armas de fogo pela Guarda Municipal de Niterói?” proposto, com caráter facultativo a todos os eleitores cadastrados na cidade, o *Não* como resposta conquistou 18.991 votos apurados, 70% dos eleitores.

Era preciso, portanto, pensar em outros modos de fazer frente a essa escalada – e assim nasce o Pacto Niterói Contra a Violência. Desde sua criação como projeto até se tornar programa, o Pacto serviu como guarda-chuva institucional para diversas ações socioeducativas, culturais e de segurança, que abarca uma série de programas e projetos, em diferentes setores e secretarias, que buscam dar uma resposta à altura para o problema.

No âmbito da saúde, mais especificamente, a aposta voltou-se para a primeira infância, ancorada na compreensão de que a violência, seja ela qual for, é um processo sistêmico, que muitas vezes se realiza em ciclos que tendem a se propagar com o decorrer do tempo,

transgeracionalmente, caso não ocorra algo que consiga interromper esse modo de funcionamento.

Sabemos que a violência familiar é uma realidade bastante complexa, pois envolve as histórias singulares dos pais, que se refletem na forma de disciplinar os filhos, além de questões ligadas à distribuição de renda e às oportunidades de inclusão social (ROCHA; MORAES, 2011).

É nesse contexto que, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, é proposto um projeto com foco na prevenção da violência desde a gestação que, a partir dos impactos de sua implantação, viria a se constituir como programa em uma ousada política pública dedicada a essa fase inicial da vida, marcada pela instalação de práticas parentais em uma nova configuração familiar: o Programa Escola da Família, voltado a mulheres gestantes, puérperas e seus bebês em acompanhamento na rede municipal de saúde, assim como aos pais e outros cuidadores.

Para esse trabalho, a ser realizado em grupos e coordenado pelas equipes de profissionais que atuam na atenção básica ao pré-natal na rede pública de saúde do município (Unidades Básicas de Saúde, unidades do Programa Médicos de Família e Policlínicas), foi definido o eixo da violência como transversal a todo o processo e com destaque para o tema da parentalidade, em consonância com a ideia de que a prevenção da violência começa pelas condições de cuidado nos períodos de gravidez, puerpério, parto e primeira infância.

Isso posto, o programa Escola da Família desenhou sua metodologia a partir de técnicas ativas de intervenção, que se distinguem das metodologias tradicionais pela atuação do usuário nos processos em questão. As metodologias ativas se recusam a ver o usuário como um mero receptáculo de informações, convidando-o a participar não só ouvindo, mas também trazendo seus próprios saberes, perguntando, refletindo, discutindo, e é a partir dessa dinâmica que o conhecimento se constrói e as práticas se transformam, tanto do ponto de vista do usuário quanto das equipes.

Para isso, em sintonia com a Política Nacional de Educação Permanente do Sistema Único de Saúde (Pnep-SUS), o Programa Escola da Família propõe a ênfase na Educação Popular em Saúde, uma estratégia

da Pnep que busca tomar como ponto de partida os saberes prévios dos usuários, de modo que possam ampliar sua perspectiva crítica da realidade. De inspiração claramente freireana, o *Modelo Dialógico de Educação em Saúde* tem justamente no diálogo sua principal ferramenta, baseando-se na ideia de que um indivíduo só conhece bem algo quando o transforma, sendo ele mesmo também transformado no processo de conhecer (FREIRE, 2005).

Toda essa empreitada demanda do profissional, portanto, uma posição de respeito e de diálogo em relação ao saber popular (GOMES; MERHY, 2011). Além disso, é preciso observar que as equipes são cotidianamente confrontadas com a complexidade dos atendimentos, especialmente nos territórios conflagrados pela violência e marcados pela vulnerabilidade social, o que afeta fortemente as gestantes, as mulheres no puerpério e as crianças. Em pesquisas realizadas com os profissionais, inúmeras dificuldades são sublinhadas na gestão da violência doméstica: o medo de se implicar com pessoas violentas, a falta de estrutura nas unidades de saúde, o frágil comprometimento dos membros da família para reverter a situação, a formação insuficiente dos próprios profissionais. Um desafio dessa magnitude produz dilemas, angústias, sentimentos de impotência e de insuficiência, e pode mesmo levar à reprodução de violências – nesse caso configurando-se como violência institucional.

Capacitar-se para o trabalho é formar-se para a vida

Diante da dificuldade de manejo de questões tão nevrálgicas e da proposição tão desafiadora e estratégica como a prevenção da violência desde a gestação, a gestão municipal lança o chamamento público para a capacitação dos profissionais da atenção básica atuantes no pré-natal e que se dispõem a trabalhar com os grupos de gestantes na efetuação do Programa Escola da Família.

Respondendo a essa demanda, nossa equipe, multidisciplinar e interinstitucional, constituída pela parceria UFF/UnB/Academia Finatec, desenvolve o projeto “Formação em parentalidades: promovendo

práticas parentais com afeto, sem violência”, que procura integrar intervenção e pesquisa, fomentando a articulação entre a universidade e a comunidade no compartilhamento e na divulgação da produção de conhecimento prático e teórico.

Além disso, o projeto propõe uma ampliação da concepção de *capacitação*, com a proposição de uma ação de *formação continuada* em educação em saúde, consoante a política do SUS de formação permanente. A palavra *capacitação* traz o risco de sugerir a concepção de que os profissionais que procuram ampliar sua qualificação não estariam capacitados, o que configura uma incoerência com o fato de que esses profissionais já estão em pleno exercício do seu trabalho; altamente capacitados, portanto, e conhecendo muito mais o seu fazer do que nós.

Por isso preferimos a denominação de *formação*, apoiando-nos na consideração da construção das subjetividades como processos incessantemente atualizados por nossas vivências: a um só tempo em constante transformação e resistindo a ela pelo apego a certezas apaziguadoras de angústias. Essa formação teria, portanto, que propor práticas metodológicas que colocassem em ato experiências de aprendizagem em coconstrução, grupais e vivenciais, para que fosse oportunizada a sensibilização dos profissionais sobre a importância de revisitar posições culturalmente preconcebidas e igualmente ativas no cotidiano do trabalho nos campos da saúde e da educação, sobre as estratégias das famílias em situações de vulnerabilização, sobre a idealização acerca do que seja a chamada “família funcional”, sobre as circunstâncias de precarização da existência.

Para isso tomamos como eixos principais os temas da parentalidade e da violência, que transversalizam o Escola da Família, com o intuito de instrumentalizar as equipes para lidarem, por um lado, com diversas formas de parentalidade como uma construção processual, que pode e deve ser exercida não só pelos pais e pelas mães, mas por qualquer pessoa disponível para se ocupar das crianças; por outro lado, para oportunizar a ampliação de seu repertório de intervenções na direção da sensibilização de pais e responsáveis para a adoção de formas não

violentas na educação de seus filhos, contribuindo para possíveis rupturas com ciclos de violência que eles mesmos possam ter vivido.

Ao tratar de uma temática tão complexa quanto é a da violência, algumas questões se impõem: como fazê-lo? Do que exatamente estamos falando quando pensamos em uma *formação* para os profissionais de saúde acerca dessa temática?

Vejamos então como isso pôde ser feito na prática, trazendo aqui à discussão nossa experiência na implementação desse trabalho a partir do qual os profissionais dariam início às atividades do Programa Escola da Família em suas unidades de trabalho, coordenando grupos com as gestantes e eventualmente seus familiares, de modo a trabalhar os temas abordados na formação. São profissionais que atuam na atenção primária, o nível de atenção mais próximo da população, uma vez que é dedicado ao acompanhamento cotidiano, e no território, dos usuários do Sistema Único de Saúde ao longo de toda a vida. Eles atuam nos mais diversos campos da saúde, não se circunscrevendo ao campo da saúde mental: pelo contrário, a maioria dos trabalhadores tem sua formação ancorada no campo da saúde mais estritamente biomédica, o que significa que discussões de cunho mais reflexivo e subjetivo não costumam ter muito espaço no intenso cotidiano de suas ações – o que para nós endossa a importância de nos atermos às metodologias escolhidas e de procurar observar seus possíveis efeitos no processo formativo em questão.

Foram elencados oito temas prioritários, trabalhados em quatro ciclos de oficinas que previam processos de sensibilização, de aprofundamento teórico, de ampliação recursos práticos e de acompanhamento dos trabalhos nas unidades, oferecidos a turmas de, em média, 25 profissionais de saúde. São eles:

1. Encontro Introdutório de sensibilização: parentalidade e violência;
2. O lugar social da mulher gestante, pais e cuidadores e a percepção da violência;
3. Gestação, parto, nascimento e puerpério humanizados, com afeto e sem violência;

4. Ciclo de desenvolvimento infantil nos dois primeiros anos de idade com enfoque nas necessidades de cuidado físico, emocional e cognitivo e as relações com a prevenção da violência;
5. Estilos e práticas parentais e a relação com os tipos de violência durante os primeiros mil dias;
6. A vigilância das violências e a rede de proteção social familiar, comunitária e social;
7. Alimentação saudável e as relações com a proteção infantil, familiar e comunitária;
8. Vulnerabilidades sociais e o ciclo da violência.

Há diversas formas pelas quais cada um desses temas pode ser trabalhado mas, diante de um tipo de problema cuja resolução depende da agência e sensibilidade de sujeitos, um processo de aprendizagem necessariamente teria que pressupor a promoção do engajamento desses sujeitos. Assim, a problematização das temáticas da parentalidade e da violência seguiu um planejamento que visava a sensibilização e a ampla participação dos cursistas, evitando momentos e atividades que deixassem a fala em tom muito professoral ou restritas apenas aos coordenadores das oficinas.

O compromisso com a sensibilização e com o método ativo de aprendizagem se desdobraram, então, em uma constante tentativa de mobilizar a circulação da fala entre os cursistas, privilegiando assim atividades construtivas e processuais no lugar de atividades conteudistas. Essa tentativa de mobilizar a circulação da fala se deu através do trânsito entre diversas linguagens artísticas, tais como música, artes visuais, cinema e recursos das artes corporais. A diversificação de linguagens disparou novas formas de apreensão da realidade e novas formas de aprendizagem. Com o decorrer das dinâmicas das oficinas, tornou-se visível não apenas a sensibilização dos profissionais em formação, mas também uma importante ampliação de seu repertório sensível, processos que tiveram seu efeito multiplicador nas atividades conduzidas por eles mesmos com as gestantes e puérperas.

Veremos alguns exemplos e buscaremos, por meio dos relatos de participantes durante as oficinas, captar alguns possíveis efeitos dessas ferramentas nos processos de aprendizagem e de intervenção.

O método grupal da fotolinguagem: mediações possíveis

Por meio de oficinas temáticas de formação, estratégias de mediação baseadas em dinâmicas e objetos em diferentes linguagens atuaram como disparadores de espaços de fala e de escuta entre os profissionais, a fim de que pudessem, eles mesmos, revisitar suas próprias experiências de parentalidade como forma de ampliarem o manejo de aspectos contratransferenciais na atenção aos grupos de gestantes. Além disso, levando em conta sua formação fortemente voltada para acompanhar as condições clínicas, para orientar e para prescrever, essa estratégia incrementou a disponibilidade para se colocarem primeiramente em posição de escuta das problemáticas trazidas pelas usuárias, uma escuta que pudesse balizar posteriores intervenções mais diretivas.

A escolha pelo método grupal inspirado na metodologia da Fotolinguagem© nas oficinas destinadas à sensibilização, que iniciam o contato com as turmas, ilustra bem o compromisso metodológico do qual estamos falando. Criado em 1965 por um grupo de psicólogos e psicossociólogos, seu uso pôde auxiliar especialmente em sua função de iniciar a formação de um grupo e de disparar discussões, por facilitar a fala de um sujeito diante do grupo, na medida em que produz uma espécie de ancoragem de seu pensamento e de sua criatividade e, consequentemente, sustenta as trocas grupais (VACHERET, 2008, p. 185).

A atividade consiste na disposição de fotografias que trazem imagens em diversas configurações, das mais abstratas às mais representacionais e, a partir de uma questão enunciada pelos propositores, no convite aos participantes para a livre circulação e observação das imagens. Segundo Vacheret, “uma sessão de Fotolinguagem se desenvolve em dois tempos: escolha das fotos e trocas em grupo” (ibid., p. 183). A escolha da questão antecede o primeiro tempo e faz parte dos cuidados dos coordenadores da atividade. É o momento em que são dadas as

coordenadas enunciativas para o que será observado nas fotografias dispostas; em nosso caso, a ideias sobre a parentalidade para cada participante foi a questão proposta para o grupo de cursistas, que deveria, como dispõe o método, circular silenciosa e livremente entre as imagens para a escolha de uma que representasse melhor a questão. Esta escolha deveria ser feita em silêncio, “a fim de respeitar a reflexão e escolha dos outros” (ibid.) e pelo olhar, “a fim de deixar todas as fotos à disposição de todos os participantes, pois cada um escolhe em seu ritmo” (ibid.). Ao fim da escolha, os participantes deveriam se desengajar da atividade aos poucos, ainda em silêncio, para que o propositor ficasse ciente do fim da etapa. O segundo tempo da dinâmica desenvolve-se a partir de trocas grupais, nas quais serão partilhadas as impressões dos participantes para a apresentação de cada uma das imagens de escolha.

Fato interessante é que, por se apresentarem muito próximas ao cotidiano dos participantes, tanto no âmbito pessoal quanto no profissional, tais narrativas acabam por transformar o saber empírico em material de trabalho para uma boa discussão coletiva. Além do mais, o método da Fotolinguagem mostra-se bastante oportuno para a abordagem de temáticas tão sensíveis quanto a violência, que trariam uma dificuldade adicional de manejo, se fossem evocadas diretamente. As fotos resultam por se tornar verdadeiros objetos mediadores, que contribuem para que o participante possa forjar certa distância daquilo que foi a sua própria experiência, muitas vezes traumática, dolorosa. Elaborar uma história inspirada pelas fotos é o próximo passo proposto ao grupo pela dinâmica e, ao facilitar a descentralização do sujeito, facilita igualmente a disponibilidade para a própria exposição: na fotolinguagem, fala-se da foto e não de si (embora saibamos que nenhuma narrativa é neutra e é justamente isso que nos interessa: essas construções sempre ancoradas em uma vida singular).

B: “essa foto me remeteu a uma coisa de quando eu tinha 7 anos; é uma foto da Maria com a Joana saindo dessa situação de violência, e também pode ser Joana com sua tia Jurema, caso sua mãe não conseguisse romper esse ciclo de violência e então a família dessa

tia interveio para tirar a Joana dessa situação. Isso aconteceu comigo há 37 anos. Minha mãe e eu saímos de casa com a roupa do corpo, porque ela sofria uma situação de violência. Por isso, essa foto mexeu comigo". (Fonte: relatório interno da equipe do projeto Escola da Família; Turma 17 (oficina 01)

A foto, em sua função de objeto mediador, favorece as trocas entre os sujeitos já que serve de suporte para as projeções, produções, contradições entre um e outro (VACHERET, *ibid.*, p. 188). As fotos operam particularmente bem nesse âmbito das produções imaginárias em sua dimensão individual e grupal, favorecendo assim as trocas identificatórias e mediando a fala entre os componentes do grupo. Apenas as letras iniciais dos nomes dos participantes das oficinas aparecem, para mantermos a discrição de suas identidades.

A: "A partir das fotos, fizemos uma narrativa. Silvia, 35 anos, mulher trabalhadora da saúde pública, muitos pacientes. Volta pra casa e só tem problema pra resolver. Todo mundo tem dificuldade dentro de casa. [...] A parentalidade aparece nas funções que esta mulher teria que despender em casa, quando chega do trabalho, cansada, sem tempo".

Coordenadora da atividade: Alguém se identificou?

Uma participante diz que se identificou. Parece que as questões da sobrevivência da mulher se tornam "filho, casa, marido". "Me chamou atenção porque parece que o cuidado se resume a dar conta de tudo. Não dá tempo de construir bases afetivas. O que fica no trabalho?"

Um participante homem diz o quanto é difícil que o homem entre nesse circuito de conversas. "Porque pelas questões sociais, a coisa da maternagem é muito forte. Na Policlínica se discute muito isso. A inserção do homem nas práticas de maternagem". O participante dá o exemplo de um casal que acompanha seu filho caminhar e ele cai na frente dos dois. Diz que a reação da mãe pode ser a de querer dar colo e a reação do pai pode ser a de querer que o filho se levante sozinho. A forma do homem pensar o tombo do filho pode ser pensar em como ele levanta, não o de necessariamente pegá-lo no colo. Não

necessariamente a forma de lidar do homem frente à criança é uma falta de cuidado, mas pode ser uma outra forma de cuidar.

Uma outra coordenadora diz: “O pai pode entrar com outro tipo de cuidado. Qual é o lugar que ele entra? O lugar de trocar o bebê geralmente é no banheiro feminino, por exemplo”. P. diz: “O homem está sempre no lugar do estranho, da ajuda”.

(Fonte: relatório interno da equipe do projeto Escola da Família)

Essa mediação oferece ao sujeito a chance de encontrar novos modelos identificatórios, a partir dos elementos que os outros carregam e transmitem por difração. Entre os personagens evocados, figurados ou encenados nas associações grupais, o sujeito reconhece e se apropria daquilo que lhe retorna — reintegrando partes de sua história e da sua grupalidade psíquica interna. Após circularem pelo imaginário dos outros, certas imagens ou aspectos de si voltam ao sujeito transformados — mesmo sem que isso seja percebido de forma consciente por ele ou pelo grupo (VACHERET, *ibid.*).

De corpo presente: a sensibilização como método

A sensibilização como metodologia ativa compreende uma aposta frente ao problema da violência: além de deslocar a aprendizagem de uma aquisição passiva para um processo de engajamento, a desloca também da exclusividade dos aspectos verbais e discursivos para a mobilização de aspectos não-verbais, de outras linguagens que permitem mediar, dentro do grupo, uma comunicação dos aspectos afetivos que compõem, fundamentalmente, a experiência frente ao problema da violência intrafamiliar. O recurso à sensibilização apresenta um importante atributo para essa mediação: favorece um processo em que os afetos, nem sempre agradáveis ou positivos, apareçam e sejam tratados no grupo como dados sensíveis; promove um cuidado com os afetos – mesmo, ou principalmente, os negativos – sem passar pela moralização pedagógica.

Foi nesse sentido que, em outro ciclo de oficinas, uma das professoras iniciou uma das reuniões sugerindo uma dinâmica corporal: os participantes eram divididos em duplas e cada um deveria ficar de frente para seu parceiro na dupla, de olhos fechados e com as mãos estendidas, de modo que pudessem se conhecer através do toque. Após a dinâmica, eles falaram um pouco sobre o que sentiram ou pensaram durante a proposição:

R: Algumas pessoas eram mais tímidas, isso me lembra de quando vamos lidar com os pacientes e precisamos fazer essa leitura. No exercício, eu fui seguindo o que o colega foi propondo. Quando o colega estava mais disposto a essa exploração, ao conhecimento, eu fui explorando também. À medida que o exercício foi passando, eu fiquei cansada também;

C.: Atualmente, com a tecnologia, estamos cada dia mais distantes dos seres humanos e do toque físico. É legal se permitir deixar o outro tocar em você, nos ambientes de trabalho etc. Acho que como profissionais, precisamos nos permitir em relação a isso com os usuários. Eles chegam chorando e às vezes a gente nem olha para eles. Precisamos olhar e dar atenção. Às vezes, eles dão a chance também.

T.: Me deparo muito no atendimento com situações de ‘será que posso falar isso com ele?’. Tento buscar um equilíbrio e deixar os pacientes falarem até onde querem falar. Também gosto de falar olhando no olho, acho que o olhar passa muita segurança...

(Fonte: relatório interno da equipe do projeto Escola da Família; Turma 19, Oficina 1)

Convém notar de que forma uma dinâmica que não requer nenhum material específico além das pessoas ali presentes e da sensibilidade de manejo do coordenador, pôde disparar questões tão importantes. A ideia inicial era fazer uma espécie de “quebra-gelo” entre os participantes que não se conheciam e estavam iniciando um ciclo de oficinas enquanto turma; entretanto os desdobramentos possibilitaram discussões variadas e inesperadas como, por exemplo, a necessidade de construção de uma relação de confiança entre profissional de saúde

e usuário e a importância de se fazer presente também com o corpo (através do olhar, eventualmente do toque etc.). Os profissionais de saúde de todos os campos são atravessados por aquilo que transborda das singularidades dos usuários; recebem, portanto, uma convocação à sua presença sensível – uma experiência cujo acesso é facilitado pela dinâmica de atenção ao corpo e seus atravessamentos.

Imagens de uma realidade objetiva e subjetiva

Vídeos ou pequenos trechos de filmes foram significativos recursos utilizados nas oficinas como objetos mediadores. Vejamos alguns exemplos do uso e seus efeitos nas falas de participantes:

A professora apresenta um vídeo de mulheres negras que trazem uma perspectiva de como é ser mãe de um menino preto no Brasil. O vídeo toca principalmente no caso dos meninos negros por eles serem mais alvos de morte e encarceramento pela cor da pele no país. Ao final do vídeo, estimula que os cursistas coloquem suas opiniões e pensamentos a respeito do vídeo (...) Uma cursista diz: “Então, eu acho que a pergunta não é como ser mãe de meninos negros e sim como ser mãe na sociedade de hoje em dia. Porque meu irmão, um menino branco, foi assassinado com 2 tiros de fuzil pelas costas. Branco que é morador de comunidade também sofre preconceito”. Em seguida, outra cursista comenta: “Esse tema pra mim é bem impactante, sempre vi essa questão da parentalidade de forma paralela, nunca gostei do termo raça, já que somos iguais, todos humanos, sempre fui contra; gosto de dizer ser humano, o racismo é na contramão do sistema, ele é real, é uma realidade triste. Esse vídeo traz a realidade de forma viva. Uma amiga disse que o filho estava sem o RG quando foi andar de bicicleta. Fiquei em choque, não conseguia entender o nível do racismo no nosso meio; esse tema traz um choque de realidade, que é necessário termos empatia, não só com colegas, mas temos consciência que podemos até errar. Com uma fala ou uma palavra, mas o racismo existe. Sempre que o paciente chega e eu pergunto a raça, mesmo que na certidão tenha outra coisa, depende de como o paciente se vê. Amei a frase de que a criança não nasce com julgamento, a sociedade que impõe”. Respondendo a

uma das cursistas, a professora presta seus sentimentos e afirma que a desigualdade ligada ao racismo gera um olhar diferente. Enquanto isso, no chat, outro cursista afirma: “No fundo musical desse vídeo tem a música do Racionais MC’s, onde o Mano Brown diz que a mãe dele falava: “filho, por você ser preto, você tem que ser 2x melhor”

(Fonte: relatório interno da equipe do projeto Escola da Família; Turma 17, Oficina 3)

Vemos aqui a riqueza de uma discussão disparada a partir de um recurso audiovisual simples, que abriu a possibilidade de diferentes pontos de vista virem à tona, já que os participantes se sentiram convocados a se colocar, concordando ou discordando, contribuindo para que uma reflexão coletiva fosse gerada. Até mesmo a música de pano de fundo do vídeo serviu para que um dos participantes chamasse a atenção da turma para a letra do grupo Racionais MC’s, que seguiu sendo debatida por mais um tempo.

A professora coloca o vídeo “A dor reprimida: violência obstétrica e mulheres negras”. Ela destaca os dados de que mulheres negras ficam menos tempo nos consultórios médicos do que as mulheres brancas, têm maior risco para pré-natal inadequado, menor vinculação, menos anestesia e a crença comum de que mulheres negras suportam mais dor do que as brancas. Ao final do vídeo, distribui papezinhos e pede para as pessoas responderem a seguinte frase: “Como posso ajudar a ressignificar a gestação, parto, nascimento e puerpério humanizados, com afeto e sem violência?”

Cursista: “Fiquei com vontade de dizer que eu sou médico e acredito que mais médicos precisam estar aqui. Acredito que existe um pensamento de que os médicos precisam estar 100% do tempo atendendo, eles não participam desse tipo de formação. Sei que alguns rejeitam, mas outros que estão disponíveis não têm a oportunidade de sair da unidade”

(Fonte: relatório interno da equipe do projeto Escola da Família; Turma 21, Oficina 1)

Esta contribuição de um participante médico testemunha como, apesar de saber da realidade da violência obstétrica em nosso país, pôde experimentar uma espécie de estranhamento ao assistir o vídeo “A dor

reprimida: violência obstétrica e mulheres negras”. Sua fala aponta para a necessidade de sensibilização de mais profissionais médicos, esses que, muitas vezes, não conseguem escapar de uma prática assistencialista que corre sério risco de virar protocolar e naturalizada, distanciando-se das realidades complexas dos pacientes, realidades formadas por componentes objetivos (como o racismo estrutural) mas também subjetivos (como cada pessoa negra sofre com o racismo, por exemplo).

Outras palavras, outras imagens, outras ferramentas

Um material muito importante para a realização das oficinas, desenvolvido por uma das professoras do projeto, reúne uma série de dinâmicas que muito auxiliaram a abordagem de diversos temas da formação com os profissionais de saúde, na medida em que favoreceu que conhecessem essas dinâmicas vivenciando-as de forma que, ao se apropriarem da experiência, pudessem também lançar mão desses recursos posteriormente nos grupos com as gestantes dentro das unidades de saúde. Trata-se do Manual de Atendimento às Gestantes e Puérperas (ARRAIS et al, 2019), que se divide em quatro grandes temas: acolhimento, psicoeducação, acompanhamento e encaminhamentos.

Dentre as ferramentas ali propostas, há uma que convoca a complementação das frases como: “eu gosto de...”, “eu lamento...”, “eu sinto falta de...”, “meu tempo mais feliz foi...”, “tenho medo de...”, “ser mulher é...”, “ser homem é...” etc. Em uma das oficinas, essa dinâmica disparou uma discussão importante sobre os papéis sociais de gênero. Vejamos:

Após propor a atividade de completar frases, a professora indaga aos cursistas se houve alguma fala que se destacou. Uma das participantes diz: “Me chamou a atenção o M. ter dito que ser homem é ser provedor, quando a realidade atual já não é mais essa, pois a maioria dos lares é chefiado por mulheres”. M. rebate dizendo que é falta de responsabilidade do homem. A professora chama atenção para o fato de que as definições de homem e mulher foram opostas: homem: provedor, ideia de que ser homem é fácil, simples, enquanto ser mulher é difícil, complexo, que esta tem a posição de cuidadora, carinhosa. L. diz: “Ser

mulher se associa com cuidado”, e outra participante completa: “E com serviço”. A turma segue com reflexões acerca da diferença dos papéis de gênero entre homens e mulheres e, principalmente, de como isso se expressa no exercício da parentalidade.

(Fonte: relatório interno da equipe do projeto Escola da Família; Turma 12, Oficina 1)

Em outro momento, uma dinâmica de recorte-colagem para a produção de cartazes com os títulos “o que é ser mãe/pai/avós/rede de apoio/filho?” - na qual os participantes são organizados em pequenos grupos (cada grupo sendo responsável por uma função parental) e, a partir de imagens de revistas disponibilizadas, montam cartazes - produziu interessantes desdobramentos da temática:

O primeiro grupo escolheu o tema “O que é ser pai?”. “Materializar ideias, eles são um dossiê com muitas histórias, são bons companheiros e ensinam uma sobrevivência financeira (perigosa, mas às vezes positiva). A gente pensou no aspecto das fotos também, pais que só publicam fotos dos filhos, pais só na carteira. Demos sorte que no nosso grupo temos pessoas que tiveram boas experiências com a imagem paterna”; “Muitas vezes os pais têm que entender o universo feminino e tentar se encaixar dentro, eles precisam ter a mente mais aberta e expansiva para compreender. Os pais têm muitas tarefas para cumprir: ‘preciso fazer...’ ‘preciso pagar...’. Os pais deveriam ser bons companheiros, que não se reúnem só para uma foto, que mostram a realidade do mundo. Não precisam ser os principais provedores, mas ter uma cabeça pensante e ter responsabilidades. Às vezes, a gente só vê o nome da mãe na certidão de nascimento”.

Depois, o grupo “O que é ser mãe?” apresenta: “A gente escolheu a imagem da mãe multitarefas que precisa fazer várias coisas ao mesmo tempo. Mãe é aquela pessoa que inspira confiança, amor, força. As mães são sempre receptivas e dispostas a acolher. Elas são ponto de equilíbrio, mesmo quando elas não estão em seus pontos de equilíbrio. As mães passam por muitas transformações, inclusive no próprio corpo. ‘Será que estou exagerando? Estou fazendo demais? Estou fazendo de menos?’ são questionamentos que elas se fazem. Elas são casa, bagunça boa, leveza”; “Pensamos também nas mães em outros

contextos para além do escritório ou da casa”; “Mãe administradora do lar, que trabalha mais horas que o homem, no geral”.

O que há de diferente entre o pai e a mãe?”, pergunta a professora. “Mais funções, mais preocupações”, afirmam os cursistas. “Eu faço essa técnica há muitos anos e é muito interessante ver o quanto evolui. Era muito comum ter ‘dinheiro’ no cartaz do pai e nada no da mãe. Isso é um resquício do patriarcado. No das mães sempre aparece ‘amor’, ‘cuidado’... No do pai aparece ‘brincadeira’. Frequentemente aparece no do pai ‘chopp’ e ‘futebol’ e no das mães ‘vassoura’ e ‘louça’. Outra coisa que aparece só no dos pais é ‘sexo’, enquanto as mães são santas”

Em seguida, o grupo “O que é ser filho?” apresenta: “Não é fácil”; “Ser filho é evolução. A chegada de um filho muda toda uma realidade de uma família. O primeiro passo para uma nova família”. E o grupo “O que é ser avô e avó?” apresentou: “Tirei a partir da minha experiência, tem foto de carinho, mimos, viagem”. Por fim, o grupo “O que é rede de apoio?”: a gente tentou colocar aqui algumas figuras que representam o que é a rede de apoio. Colocamos até os cachorrinhos. Além disso, colocamos a unidade, as terapias, grupos, plantas, musicalidade, os amigos e etc.”; “Essa foto em particular eu escolhi porque fala de ancestralidade e fé, que também é rede de apoio”

(Fonte: relatório interno da equipe do projeto Escola da Família; Turma 17, Oficina 1)

Considerações finais

O enfrentamento da violência no campo da saúde, especialmente quando se trata de suas expressões no âmbito familiar e comunitário, demanda mais do que capacitações ou treinamentos que instruem um novo comportamento. Por se tratar de um fenômeno transversal, entre o individual e o social, exige um tipo de formação que se situe nessa transversalidade, transitando entre os aspectos objetivos e os subjetivos da realidade e as singularidades dos sujeitos.

Foi com essa perspectiva que nosso trabalho alicerçou-se em metodologias ativas, convocando um processo de sensibilização dos profissionais em formação. Gostaríamos de ressaltar que a intervenção frente à violência feita dessa forma operou um duplo deslocamento. O

primeiro, na passagem de uma ideia de proteção por armamento para a de proteção por engajamento: a aposta é que a sensibilização dos usuários para as temáticas que entrecruzam parentalidade e violência favorece o próprio reconhecimento – e só assim a possibilidade de interrupção – de ciclos de violência que, ressaltamos, são transmitidos de forma transgeracional. O segundo deslocamento está no modo como o programa Escola da Família se articula: no lugar de uma política vertical, pontual e meramente assistencialista, uma política transversal e circular, com sua proposta intersetorial que ganha seu sentido pleno quando se alastra pela sociedade civil, através das novas famílias que, ao passarem pela experiência do programa, poderão levar adiante as trocas e os novos conhecimentos ali produzidos.

Para nós, a escolha das palavras nunca foi fortuita: quando falamos de uma *formação* para os profissionais de saúde, não pensamos somente nas implicações metodológicas do termo, mas talvez e, sobretudo, em suas implicações éticas. Pois que falar em formação implica em considerar que os sujeitos estão em processo constante de transformação, afetando e sendo afetados pelo mundo ao seu redor, também em constante processo de mudanças. Ademais, os conhecimentos que adquirimos não se acomodam em nós de maneira estática e definitiva, como a concepção de ‘capacitação’ poderia sugerir. Pelo contrário, ao refletirmos profundamente sobre algo, somos convocados a uma reacomodação de nossos afetos, pensamentos, crenças etc.

É nesse sentido que a *Formação em parentalidades: promovendo práticas parentais com afeto, sem violência* buscou privilegiar estratégias metodológicas que pudessem não apenas facilitar a explicitação, no dispositivo grupal, de conteúdos sensíveis, mas principalmente que pudessem acionar nos participantes as suas próprias vivências, ativando reflexões profundas sobre suas próprias posições diante dos temas abordados. A ampliação das concepções sobre as estratégias de intervenção, identificada nas próprias falas dos cursistas durante as oficinas, assim como em nossa visitas de acompanhamento da implantação do trabalho nas unidades de saúde, mostrou-se muito eficaz em seu impacto no território: tanto na mudança – pela ampliação da proximidade no

vínculo do atendimento às usuárias que, em muitos casos, demandam a permanência nos encontros mesmo após o nascimento de seu bebê –, quanto no efeito que a contração grupal traz para as próprias gestantes, uma vez que os encontros tecem uma rede de apoio às parentalidades não só com os profissionais, mas entre elas próprias, que mantêm uma relação de ajuda e trocas, mesmo após a finalização da série de oficinas.

Estamos na turma 2 e os temas têm ajudado muito. Para facilitar a vida delas, criamos um grupo de Whatsapp só delas. Elas mesmas se movimentam. Quando uma não pode ir, elas se movimentam para ir atrás. Semana passada aconteceu isso e as próprias gestantes foram até a casa dela. Uma incentiva a outra, colocou uma cursista.

O grupo que as gestantes formaram na escola da família, ficou com elas. Quando as oficinas terminaram, elas continuaram trocando muito no grupo. É muito rico, fica como se fosse uma família mesmo, afirmou o ACS P.

(Fonte: relatório interno da equipe do projeto Escola da Família; Turma 19, Oficina 1; Turma 19, Oficina 4)

Tem sido uma valiosa experiência testemunhar a construção de formas de sustentação em rede dessa parentalidade ampliada, que se relaciona intimamente à afirmação de uma ética conduzida pela solidariedade, ao exercício de uma estética aberta à sensibilização e à defesa de políticas públicas que favoreçam, fomentem e garantam que o trabalho do campo da saúde se ofereça, próxima e cotidianamente, como alguns dos fios dessa rede.

Referências

- ARRAIS, Alessandra et al. Manual de Atendimento às Gestantes e Puérperas. Ebook: Escola de Profissionais da Parentalidade, 2019.
- FREIRE, Paulo. Pedagogia do oprimido. 46a. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
- GOMES, Emerson; MERHY, Elias. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(1):7-18, 2011.

ROCHA, Pedro Carlos Xavier da; MORAES, Claudia Leite. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3285-3296, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800028&lng=en&nrm=iso>. doi:10.1590/S1413-81232011000800028.

VACHERET, Claudine. A Fotolinguagem©: um método grupal com perspectiva terapêutica ou formativa. Psicologia: Teoria e Prática. 2008, 10(2):180-191.

PARENTALIDADE VULNERÁVEL E O USO DO DISPOSITIVO COM FOTOGRAFIAS COMO UM ESPAÇO DE TROCA GRUPAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA



**Ingrid Fernandes dos Santos
Katia Tarouquella Brasil
Eliana Rigotto Lazzarini**

1. Introdução

A atenção primária é uma importante porta de entrada para a população brasileira ter acesso à saúde. No que se refere à prevenção da violência e à promoção da saúde, as equipes da atenção básica ocupam um papel estratégico, uma vez que têm contato com famílias em diferentes situações de vulnerabilidade. O trabalho aqui apresentado se refere à formação das equipes de saúde da atenção primária em um projeto voltado para a sustentação da função da parentalidade e da prevenção da violência na primeira infância. A formação abarca o fortalecimento do vínculo entre o cuidador e o bebê e o fortalecimento da rede de apoio para a gestante.

O exercício da parentalidade envolve modificações subjetivas e sociais, que evidenciam as transformações que ocorrem com a chegada de um filho e com a experiência de tornar-se pais. A partir do desejo de ter um filho, os pais são submetidos a processos psíquicos singulares e mudanças subjetivas (FARINATI, 2018). Este processo abrange configurações familiares diversas, como as chamadas famílias alargadas, aquelas formadas por novos casamentos e novas filiações (JUNQUEIRA, 2014). A parentalidade refere-se à ideia de que tornar-se pai ou mãe implica um impacto na vida de um sujeito, e esta pode

ser uma função que vai além do biológico, pois a função parental é eminentemente simbólica (ZORNIG, 2010). Assim, vale a pena destacar a importância de contribuir para que os adultos cuidadores de uma criança possam encontrar uma rede de apoio e de sustentação para a função da parentalidade.

Nesse contexto, as políticas públicas precisam ser vigilantes em relação as condições em que a parentalidade é exercida, ou seja, em que condições sociais e psíquicas os adultos exercem a função parental. Iaconelli (2019) destaca que muitos profissionais ainda entendem os laços entre adultos e crianças no contexto da parentalidade sem conexão com os laços sociais de onde emergem. Assim, esses profissionais sustentam a manutenção de antigas concepções sem considerar a transmissão geracional, os valores culturais, bem como a vulnerabilidade social e psíquica em que esse grupo familiar está inserido. Este último aspecto aponta para a dimensão social mas, também, para o modo como cada sujeito é mobilizado na sua singularidade para exercer a função parental. Assim, o olhar sobre a vulnerabilidade social e psíquica por parte das equipes de saúde possibilita abarcar questões que vão além de fatores biológicos, e também engloba aspectos psíquicos e sociais, centrais na construção do sujeito e no exercício da parentalidade (SILVA, MAFTUM; MAZZA, 2014).

A vulnerabilidade parental pode ser entendida como famílias expostas a situações de precariedade, como condições socioeconômicas (fome, desemprego, pobreza, violência e doenças crônicas), bem como à presença de familiares membros com doenças psiquiátricas e sem tratamento adequado (incluindo o consumo e abuso de álcool e outras substâncias). A fragilidade dos vínculos familiares, a presença de violência e a dependência química agravam esse cenário, estendendo os efeitos da vulnerabilidade também ao desenvolvimento infantil (SILVA, MAFTUM; MAZZA, 2014).

Sendo assim, este capítulo apresenta a primeira etapa da formação que objetiva capacitar os profissionais de saúde da Fundação Municipal de Saúde – FMS – Niterói/RJ. Esses profissionais atuam no atendimento a usuários do sistema de saúde em situação de vulnerabilidade que

assumem ou irão assumir o cuidado de crianças, de forma a ampliar sua capacidade de desempenho da função da parentalidade. O intuito foi sensibilizar esses profissionais para que, além de oferecerem informações aos usuários, possam também acolher os medos, ambivalências e contradições associados à experiência da parentalidade. Tornar-se mãe ou pai implica, inevitavelmente, ocupar um lugar na cadeia das gerações, após o próprio pai e a própria mãe, e antes do filho ou da filha. Trata-se de um movimento subjetivo que envolve a aceitação, ainda que parcial, do caráter finito da existência e da submissão a uma lei natural que marca o ingresso na maturidade e antecipa, ao mesmo tempo, a ideia do próprio desaparecimento (DEBRAY, 1988). Por essa razão, a parentalidade frequentemente mobiliza sentimentos ambivalentes, como medo, insegurança e dúvida, os quais merecem ser reconhecidos e acolhidos no contexto do cuidado.

Houzel (2003) mostra a importância de um olhar menos simplista e menos crítico para a parentalidade por parte de profissionais. O autor destaca que os afetos e as fantasias mobilizadas nos profissionais, a partir dos atendimentos às gestantes, seus companheiros e familiares, podem ter ressonâncias em relação à própria estrutura psíquica do profissional e do lugar dado às suas figuras parentais. Assim, entende-se a importância de que as equipes de saúde se sensibilizem sobre o modo como podem ser impactadas pelo trabalho de intervenção com as gestantes, para que possam atuar em uma posição de suporte e de fortalecimento da parentalidade.

Nesse sentido, a proposta da formação se apoia nas metodologias ativas em saúde, que se referem a um processo em que os profissionais são convidados a indagar, refletir e discutir os conteúdos da formação, bem como os aspectos subjetivos que envolvem o trabalho com as gestantes, seus companheiros e familiares no contexto de vulnerabilidade (COLARES; OLIVEIRA, 2018). Os autores destacam que a formação profissional em saúde, historicamente, tem sido baseada em métodos de ensino tradicionais, fundamentados numa formação conteudista e tecnicista, sem que esses profissionais possam manifestar o modo como são impactados pelos conteúdos tratados na formação. Por outro

lado, as metodologias ativas oportunizam a posição de um espírito crítico e reflexivo sobre a realidade, como uma forma de buscar bons encaminhamentos para os desafios do trabalho. Esse modelo propõe uma educação mais problematizadora, onde a aprendizagem ocorre através de uma prática reflexiva, considerando a realidade do sujeito e consequentemente maior autonomia na atividade (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010). Assim, um dos dispositivos utilizados na formação desses profissionais foi inspirado na Fotolinguagem©.

O dispositivo da Fotolinguagem©

O método da Fotolinguagem© foi criado por psicólogos e psicossociólogos em Lyon por volta de 1965 e tinha o objetivo de promover e incentivar a fala através de fotos com um grupo de jovens adolescentes que encontravam dificuldades de falar sobre experiências diversas e muitas vezes dolorosas (VACHERET, 2008). Posteriormente, o método da Fotolinguagem© também demonstrou possibilidades com outros públicos e em diferentes contextos, como por exemplo idosos e adultos, e também em trabalhos com foco em prevenção, escolhas profissionais, dentre outros (JOUBERT; DRIEU, 2016). No Brasil, Castanho (2008) coloca a influência dos trabalhos de Vacheret como fundamental para a utilização e ampliação do dispositivo da Fotolinguagem© para além de grupos psicoterápicos ou de formação. Essa contribuição foi decisiva para orientar a atuação de profissionais que utilizam objetos mediadores como recurso de intervenção em diferentes contextos.

O método é constituído por dossiers temáticos contendo fotos preto e branco e recentemente algumas de cor. O desenvolvimento da sessão ocorre em dois tempos: o primeiro tempo consiste na proposição para que os participantes olhem atentamente as fotos e escolham aquela (as) que mais lhe chamaram a atenção. O segundo tempo é o momento em que cada participante compartilhará as impressões e percepções da (s) foto (s) escolhidas (VACHERET, 2008).

O dispositivo da Fotolingüagem© permite a relação entre a mobilização do pensamento em imagens, evocando a sensorialidade através da visão e de outros sentidos. Na Fotolingüagem©, há um processo primário que permite ao participante associar as próprias imagens interiorizadas aos afetos relacionados do pensamento em ideias. Além disso, há um processo secundário, lógico e organizado que objetiva responder à questão apresentada pelo mediador. É possível falar sobre a mobilização de um espaço psíquico trazido pelo objeto mediador da Fotolingüagem© que evoca conteúdos conscientes e inconscientes. Esse dispositivo coloca o imaginário também como função psíquica em que há transformação, evolução e trocas, através de movimentos pulsionais e identificações. Os afetos que emergem das imagens permitem acessar o inconsciente através de outras produções psíquicas como as fantasias, que se mostram por meio das fotos e também do que os participantes dizem sobre elas (VACHERET, 2008). Ao falar sobre o dispositivo da Fotolingüagem©, é importante ressaltar que os participantes envolvidos não apenas verbalizam uma opinião sobre as fotos, mas sim, escolhem e se expressam através da foto, evocando experiências e vivências pessoais e permitindo a troca e a partilha (JOUBERT; DRIEU, 2016).

A Fotolingüagem© mobiliza conteúdos difíceis de serem expostos pelos participantes, busca favorecer a comunicação e consiste na utilização de fotografias para mediação grupal, identificação de processos e formações psíquicas que podem ser mobilizadas durante a apresentação das fotos (VACHERET, 2008). Assim, por meio das fotos e dentro de um contexto grupal há uma mobilização de representações e emoções que ao serem compartilhadas, podem favorecer transformações do pensamento (JOUBERT; DRIEU, 2016).

Sendo assim, a equipe construiu um dispositivo em grupo na formação dos profissionais de saúde no município de Niterói, inspirados no dispositivo da Fotolingüagem©, uma vez que não existem dossiês de fotografias relacionados à temática da parentalidade nem dossiês com imagens dos contextos brasileiros.

Abud & Sigulem (2017), destacam que o enquadre grupal que utiliza as fotos como mediação pode ser compreendido como um “molde figurativo”, em que aspectos psíquicos mas também sociais podem ser projetados. “Figurativo, pois é no mundo exterior que o psiquismo encontrará resposta para a exigência de figurabilidade” (p. 51). Vale destacar que as fotos mobilizam elementos da cultura, o que lhes confere também a função de veículo de transmissão cultural. Os autores chamam atenção para o fato de que as fotos produzidas pelos colegas franceses, organizadas na forma de dossiês, nem sempre possuem os elementos relacionados à cultura brasileira, desse modo para que a atividade pudesse mobilizar o grupo foram introduzidas fotos com características da cultura brasileira. As fotografias brasileiras juntamente com as fotografias francesas puderam emergir das temáticas da exclusão do racismo e da situação das mulheres nas periferias.



Fonte: Dossiês Temáticos Franceses - Photolangage® *Interculturalité et Santé: À la croisée de la culture et de la santé* (Hébréard & Bélisle, 2021), Photolangage® *Jeunes et alimentation: Penser ce que manger veut dire* (Bélisle & Douiller, 2013).



Fonte: Fotos adicionadas. fizkes/iStock



Fonte: Fotos adicionadas. iStock

2. Delineamento Metodológico

A formação oferecida às equipes de saúde que lidam com a perinatologia e primeira infância aconteceu em Niterói, cidade do Rio de Janeiro, no Brasil, e teve o objetivo principal a capacitação e sensibilização de profissionais de saúde sobre a temática da parentalidade. Essa capacitação e sensibilização visa fornecer subsídios para que esses profissionais, que atuam diretamente com os usuários do sistema de saúde brasileiro, possam incentivar e promover uma parentalidade sem violência em contextos de vulnerabilidades. Sendo assim, a capacitação consistiu em oficinas síncronas e assíncronas com esses profissionais dispondo de diversos métodos de trabalho, sendo um deles o método inspirado no dispositivo da Fotolinguagem®. Tal dispositivo utiliza a fotografia como objeto mediador e indutor da fala do sujeito, promovendo processos associativos intergrupais

e oportunizando a partilha das vivências no grupo sobre a temática da parentalidade. Para atender a proposta da intervenção, foram acrescentadas fotografias com temáticas da parentalidade e gestação aos dossiês produzidos na França. Esses dossiês consistem em quarenta e oito fotografias agrupadas por temas e na experiência da formação no Brasil, foram acrescentadas fotos coloridas e preto e branco cujo tema fosse a parentalidade, gestação e cuidado, retirados de banco de imagens livres de direitos autorais.

3. Procedimento

A intervenção com o grupo ocorreu com turmas de 25 profissionais de saúde e buscou identificar como a fotografia no contexto do grupo mobilizou um pensar sobre os aspectos relacionados à parentalidade. A intervenção ocorreu em três etapas: 1). Primeira etapa: divisão em pequenos grupos para que uma narrativa pudesse ser construída; 2). Segunda etapa: tempo para a escolha das fotos; 3). Terceira etapa: tempo para reunião em pequenos grupos para a construção de uma narrativa a partir das fotos escolhidas.

Na primeira etapa da intervenção, os participantes foram divididos em grupos pequenos de no máximo cinco pessoas, formando cinco grupos, para que as narrativas pudessem ser construídas posteriormente. Na segunda etapa da intervenção, os participantes foram convidados a circularem pela sala livremente em silêncio observando as fotografias. Os participantes foram orientados a escolherem uma foto que os ajudassem a construir uma narrativa sobre o tema da parentalidade, ou seja, uma foto que serviria de inspiração para a construção de uma história acerca da parentalidade. Neste momento a escolha das fotos se faz com o olhar. É importante que seja dito aos participantes que eles escolham a foto que eles se sentem mais mobilizados, ou seja, *“parlent plus”* para que pudessem construir uma narrativa na temática da parentalidade.

Depois que todos manifestaram a escolha da fotografia, o animador da sessão os convidou a pegar a fotografia e se dirigir ao espaço do grupo. Caso alguém tenha escolhido a mesma fotografia, não haveria

problema, pois, a fotografia poderia circular entre os participantes. As profissionais que conduziram a sessão também participaram da escolha das fotos. Dessa forma, a terceira etapa constituiu na formação dos grupos indicados previamente e foi dado um tempo para a construção das narrativas em cada grupo. Posteriormente, cada grupo discorreu para todos os participantes as narrativas construídas, funcionando como disparador para uma discussão com o grupo geral.



Fonte: Fotografias utilizadas durante as oficinas. Arquivo pessoal.

4. Resultados e Discussão

Utilizando o método inspirado no dispositivo da Fotolinguagem[©] na formação com os profissionais de saúde, foi possível identificar uma cadeia associativa grupal em torno de várias temáticas sobre a parentalidade. Esse trabalho irá privilegiar as seguintes temáticas: Impactos da gestação na parentalidade/sustentação da parentalidade; Rede de apoio na parentalidade; e Violência e parentalidade.

Impactos da gestação na parentalidade/sustentação da parentalidade

No primeiro eixo de análise, referente à temática de sustentação da parentalidade, podemos constatar algumas características marcantes: destaca-se a importância do espaço de acolhimento às gestantes para a reflexão sobre o tema da parentalidade e enfatiza-se a necessidade dos profissionais incentivarem práticas de autocuidado às gestantes diante das transformações corporais e de sofrimentos, como pode ser identificado nas falas a seguir:

A foto indica o profissional que ajuda. É como na proposta da escola da família na promoção da saúde, que ajuda através da rede. Ela engravidou porque estava reproduzindo seu passado com a mãe. Por conta de todo suporte e ajuda com a rede, ela conseguiu ter a filha, de forma diferente da mãe e passou a ser multiplicadora, contribuindo no processo de outras pessoas.

Quando a gente fala de tristeza pós-parto pode ser algo fisiológico que vai passar, o *blues* puerperal, a mulher precisa ser orientada e que o profissional consiga ter um olhar fino para isso. O profissional precisa indicar e acalmar essa mulher, e não já de antemão passar um antidepressivo, não dando crédito a essa tristeza. Importante identificar onde é o *blues* puerperal ou depressão.

Os profissionais de saúde relataram que através do contato da gestante com o Projeto Escola da Família pode-se abrir espaços para

cuidados e reflexões em torno da temática da parentalidade, que podem incentivar a sustentação da parentalidade, promover qualidade durante o período gestacional e efeitos positivos para a criança. Sabe-se que estar na função parental, entendido como o processo de parentalização, remete níveis conscientes e inconscientes de funcionamento mental que resultam no que é designado como papéis maternos e paternos. Assim, os laços parentais estão relacionados à construção da subjetivação e da vida psíquica da criança, refletindo como os pais dispõem seus cuidados em relação aos filhos (FARINATI, 2018). Dessa forma, as discussões sobre práticas de cuidados saudáveis e sobre acolhimento ao usuário do serviço de saúde, de forma articulada com todos os atores envolvidos na prestação desses serviços, são fundamentais para garantir um atendimento de qualidade e promover uma reflexão sobre práticas parentais mais saudáveis.

Pela mediação das fotos, o imaginário se transforma, permitindo trocas e novas formas de identificação, assim conteúdos inconscientes podem ser trazidos à consciência (VACHERET, 2008). No contexto da formação, os profissionais foram mobilizados sobre aspectos relacionados à sustentação da função parental, sendo levados a refletir sobre uma certa responsabilização sobre as necessidades individuais de cada usuário do serviço, como é narrado pelo profissional participante:

Dependendo do usuário, a gente tem que entender que essas necessidades são individuais e a gente precisa se articular com outras questões para atender com qualidade. A gente precisa se articular com uma política de assistência de educação, não temos como resolver sozinhos. Assim como a gente procura nossa rede de apoio e de cuidado ampla, a saúde tem um papel importante por estar no território e podemos sondar essa mulher e esse núcleo familiar, o que ela pode confiar.

É possível perceber que os profissionais enxergam as próprias intervenções em saúde como oportunidades de falar sobre aspectos da gestação e incentivar práticas saudáveis objetivando a sustentação da parentalidade como, por exemplo, o autocuidado e a adesão ao

tratamento. Uma das fotos escolhidas continha uma mulher e um bebê ao lado. Essa foto foi percebida como uma mulher e um gesto corporal de cansaço e evocou questões referentes à amamentação. E uma vez que os profissionais sabem sobre a importância da amamentação, do ponto de vista biológico, as falas muitas vezes escutadas das gestantes provocam certo estranhamento, como é relatado a seguir:

Fiquei meio assustada quando uma mãe disse: “Ah eu não vou amamentar, não quero estragar meu peito”. Por mais que a gente tente deixar o lado pessoal de fora, rola o estranhamento do profissional de saúde quando ouve uma frase assim.

Conheci uma mãe que quando não queria mais amamentar, botava o molho de tomate no seio e dizia: mamãe está sangrando, não dá mais. Mas, não adiantava de nada.

Há um tempo atrás, uma adolescente grávida que não estava aderindo ao tratamento de sífilis, a agente chamou a mãe, a avó vem também e acaba dizendo que também teve sífilis durante a gestação. O que fazemos para quebrar esse ciclo?

Uma outra participante esboçou que ao fazer consultoria sobre amamentação com uma mãe, ouviu da avó, acompanhante da mãe, uma rejeição sobre o que a profissional dizia sobre amamentação:

Isso é besteira, criei com mamadeira e chupeta e agora tem frescura com consultoria para tudo.

Iaconelli (2019) refere sobre a posição de desamparo ansioso percebida na parentalidade sobre uma desautorização sujeitada aos pais, reflexo do que espera de uma parentalidade performática. A autora ainda destaca que, para exercer a parentalidade, cada sujeito enfrenta desafios no estabelecimento da relação. Dessa forma, as falas dos profissionais de saúde ancoraram em possibilidades de ações, dentro de cada área de atuação, em prol da sustentação, fortalecimento e amparo da parentalidade.

Rede de apoio na parentalidade

O segundo eixo de análise abarca a temática da rede de apoio na parentalidade. Dentro dessa temática, foi destacada a participação dos pais e das demais redes de apoio da mulher. Os profissionais indicaram o apoio do pai durante a gravidez como fator de interferência na saúde da gestação. O grupo pontuou o papel social do homem, como aquele que não tem muita participação junto à criança e consequentemente foram evocadas falas sobre a relação pai e filhos. Zanello (2018) destaca o conceito de dispositivo materno, entendido como a construção de um sentimento materno naturalizado, que atribui à mulher, de forma quase automática, o papel de cuidadora. A autora aponta que as mulheres ocupam uma posição de heterocentrismo, sendo socializadas, desde cedo, a priorizar as necessidades dos outros. Em contrapartida, os homens são subjetivados dentro de uma lógica de egocentrismo, voltada para si próprios. Nesse sentido, a ausência paterna no cuidado com os filhos é compreendida como reflexo de um processo de subjetivação marcado por construções sociais e históricas distintas entre homens e mulheres, como pode ser identificado nas falas seguintes:

Essa foto representa muito a história, pois a foto que aparece de família, não tem a presença do pai.

Já ouvi essa fala atendendo: eu não consigo ter a mesma relação de afeto que tenho com minha mãe e com o meu pai.

Ainda dentro da temática sobre rede de apoio, foi destacado o apoio da família e a rede afetiva de proteção para os cuidados com os bebês e com o ambiente de acolhimento ao seu recebimento. Evidenciando um risco para a saúde mental dos bebês quando não são fornecidos cuidados que respondam às suas necessidades. Os profissionais apontaram narrativas de gestantes adolescentes, evidenciando a falta de rede de apoio e proteção e as práticas parentais sem afeto e com alguma violência.

Ela não consegue lidar com a situação. Tem o filho e sofre com a violência psicológica. Quando criança ela contava com uma rede de apoio e atenção dos pais. Só que ela cresce e conhece 'os prazeres da vida' e não conta com apoio. Acaba engravidando e se sente totalmente descontrolada, começa a ter problemas, se sentir perdida, não ter apoio.

A adolescente se viu naquele momento no qual ela não esperava passar, que ela conseguiu entender. A atenção básica traz uma proposta de atenção e acolhimento, que dá a esta menina um aprendizado para lidar com a situação. A mãe consegue a partir daí ressignificar também sua história, que ela não teve apoio e mostra para outras mulheres, promovendo conhecimentos para outras mulheres.

Os profissionais trouxeram outros atores que podem integrar a rede de apoio familiar, entre eles os avós também foram representados. Entende-se que a função materna também pode ser desempenhada por outras pessoas, não necessariamente pelas mães. Neste sentido, os avós podem aparecer como importantes atores nas dinâmicas familiares de cuidado (SANTOS; BRASIL, 2023).

A presença de mais pessoas, como os avós, beneficiaria esse casal que talvez esteja passando por uma gravidez indesejada. O apoio aos pais, todos nós nos desesperamos com as crianças, muitas vezes a gente não tem família na cidade e como faz? Encontro com a rede de apoio, não precisa necessariamente ser sua família, por isso, é necessário construir essa rede.

Assim, durante o dispositivo com imagens, evidenciou-se a importância dos profissionais de saúde atuarem na consolidação e construção de redes de apoio. Essas redes não se limitam à família nuclear, mas abrangem também outras formas de suporte social presentes na comunidade.

Violência na Parentalidade

O terceiro eixo de análise temática refere-se à violência no exercício da parentalidade. Os profissionais relataram histórias marcadas por

extrema violência e compartilharam como essas situações chegam até eles. Nesses casos, evidencia-se o desafio de oferecer assistência e de articular o cuidado profissional diante da complexidade da violência. O grupo destacou a importância de uma condução cuidadosa desses casos, sobretudo no que diz respeito aos aspectos morais envolvidos. As fotos foram capazes de elucidar questões pessoais de cada um. Vacheret (2008) salienta que quando a foto é apresentada, ela não é apenas uma foto, e sim, um testemunho da realidade, ou seja, a fotografia comunica muito além de uma simples realidade histórica e sociocultural. A foto permite pensar e evocar experiências subjetivas, através do afeto que é capaz de mobilizar as próprias imagens interiores.

Ágata (nome ficcional). Uma foto de uma mãe pensando em como ajudar sua filha. Uma adolescente que desperta o interesse de um traficante da área e embora ela não fosse sua namorada, o traficante mata o namorado de Ágata, para ficar com a adolescente, que não o desejava. Ágata chega para a realização do pré-natal, trazendo o desafio de articulação e cuidado dos profissionais de saúde diante da violência do caso. Como fica a cabeça dessa menina? E como esses elementos interferem na vida do bebê e na relação mãe bebê?

Na fala destacada, os profissionais ressaltam a importância do apoio da mãe da adolescente, que, embora tenha tentado intervir diante de uma situação extrema de violência relacionada ao tráfico, acabou sendo assassinada. Evidenciou-se, assim, a solidão vivida por essa adolescente. Os profissionais também pontuaram a necessidade de sensibilidade para captar, nas entrelinhas dos relatos das gestantes, especialmente daquelas em situação de violência, aquilo que não pode ser dito de forma explícita.

Como cuidar de casos de extrema vulnerabilidade com a interferência do poder paralelo? Não tem palavras, mas tem grande sintonia afetiva.

Outro exemplo fornecido pelos profissionais destacou uma situação de violência de gênero (nomes ficcionais):

Beatriz e José tiveram seu primeiro filho planejado. O contexto familiar de Beatriz foi saudável, livre de violências e cumpriu com seu desenvolvimento pleno. Sua família nutria tanto fisiológica quanto afetivamente sua gestação. Sua mãe e uma equipe de saúde promoveram um apoio muito bacana. Ao mudarem de Estado, e perderem a rede de apoio, José ficou muito agressivo e passou a usar de força física contra Beatriz. Sendo assim, a criança presenciava diversas cenas de violência em casa, e começou a reproduzir na escola e consigo mesma tal violência. A escola adotou medidas punitivas em relação a esse comportamento.” Mostraram a foto de uma criança mordendo o braço. “Diante disso a escola sugeriu que a criança estudasse de casa. Precisamos reconhecer a violência para além das falas.

A violência não se restringiu ao contexto familiar das gestantes, os profissionais também relataram episódios de violência, de preconceitos e racismo, que acontecem dentro dos serviços de saúde, denominados de racismo institucional. Essa forma de violência, frequentemente naturalizada nas práticas institucionais, evidencia o modo como o racismo estrutura o acesso, o atendimento e a escuta no sistema de saúde (SCHUCMAN, 2020). Esse racismo se manifesta de maneira sutil e persistente, contribuindo para a produção de desigualdades no cuidado oferecido, especialmente à população negra:

Há um desafio para a assistência à população negra, 90% das adolescentes que atendo com lesões autoprovocadas são meninas negras. Há muitas falas racistas que estão presentes nos atendimentos da rede à população negra.

Além disso, a partir das fotografias, os profissionais sensibilizaram-se para a naturalização da violência direcionada à população negra, reconhecendo como o racismo estrutural atravessa o cotidiano dessas pessoas e repercute diretamente no campo da saúde:

Vou comentar sobre a naturalização da violência, o preconceito que está presente nos níveis máximos de administração do país, o silenciamento em casos graves de racismo. As mulheres mais pobres e negras vivenciam mais violência.

Durante as oficinas, também foi destacada a transgeracionalidade da violência. Uma das participantes relatou ter realizado entrevistas com três gerações de mulheres que passaram pelo parto e vivenciaram esse parto de forma diferente, destaca-se a violência obstétrica que se transformou ao longo do tempo:

Como a transgeracionalidade tem um papel importante nas concepções. O passar do tempo importa, a gente vem com outros repertórios, caso não tenha, repetimos a história na narrativa do grupo, se a mãe teve o mesmo acesso a saúde que a filha. A filha teve acesso a equipamentos que podem fazer um pré-natal mais próximo, com profissionais que têm outras ferramentas que fazem diferença para trazer novas coisas para o repertório do cuidado. Na minha pesquisa, temos primeiro os partos vaginais, cheios de violência, que apesar de ser natural é só vaginal, a segunda filha é introduzida a cesária como resposta a essa violência, e a terceira geração fala do atendimento territorializado nos SUS que tem repertório diferente e que, portanto, lida de forma diferente com a violência. Não é que não tenha violência.

5. Considerações Finais

Apesar de, nas discussões contemporâneas, a constituição de uma família com filhos não ser mais considerada uma condição determinante para uma vida satisfatória, mulheres e homens ainda se percebem socialmente cobrados nesse sentido. Ter filhos permanece associado a um ideal de valor e realização, enquanto a escolha ou a possibilidade de não tê-los pode ser interpretada como sinal de fracasso, incompetência ou falta (FARINATI, 2018). No entanto, a parentalidade pode envolver múltiplos desafios, especialmente em contextos marcados pela vulnerabilidade, nos quais sustentar a função parental torna-se ainda mais complexo. Nesse cenário, a atenção primária à saúde, por meio de suas ações de prevenção e intervenção no período perinatal, constitui um espaço fundamental para o acolhimento das famílias e para a oferta de orientações qualificadas.

A partir da análise da intervenção em grupo mediada por fotografias foi possível identificar uma cadeia associativa no espaço grupal, na

qual alguns temas emergiram. Dentre eles, destacam-se: a sustentação da parentalidade; a rede de apoio na parentalidade; e a relação entre violência e parentalidade. Uma das observações relevantes foi o modo como dispositivo com imagens sensibilizou as equipes para os desafios relacionados à parentalidade vulnerável e podem ser utilizadas nos grupos com as gestantes. Nos eixos da sustentação da parentalidade e violência e parentalidade, os profissionais evocaram seus próprios papéis no fortalecimento dessa função, reconhecendo as possibilidades de atuação junto às famílias, especialmente em contextos de violência, muitas vezes percebida nas entrelinhas dos relatos das usuárias dos serviços de saúde.

No eixo rede de apoio na parentalidade foi enfatizada a importância de estimular e fortalecer a rede de apoio da mulher como fator de proteção para o exercício saudável da parentalidade. Além disso, durante as oficinas com método inspirado na Fotolinguagem© algumas falas remetem a situações pessoais. Nesse processo, as imagens exerceram um papel fundamental: articularam vínculos no grupo, sensibilizaram os profissionais para as dificuldades vividas pela população atendida, mobilizaram as próprias vivências e experiências pessoais e facilitaram as trocas intersubjetivas no contexto da oficina.

Conforme aponta Vacheret (2008), na imagem escolhida há o investimento do objeto que ela representa, mobilizando as imagens interiores, que são associadas aos afetos. Conclui-se, portanto, que esse método pode constituir um importante recurso para a formação de profissionais que atuam com a parentalidade vulnerável, uma vez que, por meio das fotografias, foi possível mobilizar questões relevantes muitas vezes silenciadas no cotidiano institucional.

6. Referências

- ABUD, C. C.; SIGULEM, L. O racismo entre a cultura e o sujeito. *Percurso*, p. 47–58, 2017.
- CASTANHO, P. D. C. G. A Fotolinguagem©: uma situação de referência para o trabalho de orientação psicanalítica com grupos que utilizam a mediação de objetos. *Psicologia: Teoria e Prática*, v. 10, n. 2, p. 192–201, 2008.

- COLARES, K. T. P.; OLIVEIRA, W. Metodologias ativas na formação profissional em saúde: uma revisão. *Revista Sustinere*, v. 6, n. 2, p. 300–320, 2018.
- DEBRAY, R. *Bebês/Mães em revolta: Tratamentos psicanalíticos conjuntos dos desequilíbrios psicossomáticos precoces*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- FARINATI, D. M. Configurações familiares contemporâneas. Parentalidade – os (des) caminhos do desejo. In: AVELAR, C. C.; CAETANO, J. P. J. (orgs.). *Psicologia em reprodução humana*. São Paulo: SBRH, 2018.
- FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES-NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, p. 117–121, 2010.
- HOUZEL, D. Un autre regard sur la parentalité. *Enfances & Psy*, Paris, 2003.
- IACONELLI, V. Dossiê Parentalidade e vulnerabilidades. *Revista Cult*, edição 251, 2019. Disponível em: <https://revistacult.uol.com.br/home/dossie-parentalidade-e-vulnerabilidades/>. Acesso em: 11 jul. 2025.
- JOUBERT, C.; DRIEU, D. Trabalho grupal com a fotolinguagem – determinante epistemológico e metodológico. In: BRASIL, K. T.; DRIEU, D. (orgs.). *Mediação, simbolização e espaço grupal: Propostas de intervenções com adolescentes vulneráveis*. Brasília: UNESCO, 2016.
- JUNQUEIRA, M. F. A. Parentalidade contemporânea: encontros e desencontros. *Primórdios*, v. 3, n. 3, p. 33–44, 2014.
- SANTOS, I. F.; BRASIL, K. C. T. A avosidade e o paradoxo relacional: contribuições psicanalíticas. *Psicologia em Revista*, v. 29, n. 1, p. 112–138, 2023.
- SCHUCMAN, L. V. *Racismo à brasileira: Raízes do nosso mal-estar*. São Paulo: Editora Contracorrente, 2020.
- SILVA, D. I.; MAFTUM, M. A.; MAZZA, V. A. Vulnerabilidade no desenvolvimento da criança: Influência dos elos familiares fracos, dependência química e violência doméstica. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 23, n. 4, p. 1087–1094, 2014.
- VACHERET, C. A Fotolinguagem©: um método grupal com perspectiva terapêutica ou formativa. *Psicologia: Teoria e Prática*, v. 10, n. 2, p. 180–191, 2008.
- ZANELLO, V. *Saúde mental, gênero e dispositivos: Cultura e processos de subjetivação*. Curitiba: Appris, 2018.
- ZORNIG, S. M. A. Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. *Tempo Psicanalítico*, v. 42, n. 2, p. 453–470, 2010.

PARENTALIDADE, AFETO E RESISTÊNCIA: CAMINHOS E DESAFIOS PARA UMA RELAÇÃO PARENTAL NÃO VIOLENTA



Thaís Moratti
Mônica de Rezende

1. Introdução

Neste resumo pretendemos convidar os sentidos cognitivos e afetivos para interpretar e ressignificar as relações parentais, no que tange a desnaturalização de saberes e práticas que favorecem violências domésticas e nos afastam de caminhos na direção de vínculos de afetos recíprocos saudáveis. A intelectual norte-americana bell hooks (2021) em sua obra “Tudo sobre o amor: novas perspectivas”, propõe reflexões críticas potentes em torno do aprendizado parental na direção de desconstruir opressões estruturais históricas como classe, raça e gênero, e inaugura a articulação dessas temáticas com o que nomeamos como “amor” no processo de socialização das mulheres, com destaque para as mulheres negras. Discutir criticamente, identificar, compreender e traçar estratégias para enfrentarmos os desafios impostos devem ser premissas do campo da saúde pública, tendo em vista os processos de naturalização da violência, em especial as populações mais vulnerabilizadas, por exemplo as mulheres e as crianças/adolescentes.

2. A violência como recurso pedagógico

A violência como suposta ferramenta pedagógica é uma herança colonial, segundo hooks (2021), com expressões materiais e imateriais, às vezes visíveis e outras não tão óbvias, que se legitimou na nossa sociedade desde a escravidão. A imposição da violência tem como objetivo alcançar a

submissão de quem está submetido a alguém, para que através da dor, do medo, do sofrimento (físico e/ou psicológico) possa ter seu corpo, mente e/ou coração controlado, e isto foi culturalmente naturalizado. A autora afirma que as pessoas escravizadas que mais conseguissem suportar os processos de tortura e desumanização eram vistas como quem tinham maior probabilidade de sobreviver, o que nos fez ao longo dos séculos compreender a “força” como algo isolado da emoção, e que quanto mais forte somos menos esboçamos nossas emoções, como o amor, tido nessa perspectiva como fraqueza. Isto posto, não nos estranha quando alguém afirma que foi “duro” com uma criança, que a deixou chorar sem acolher, ou não respondeu as suas súplicas, para não “mimar”.

Essas ideias estão presentes na construção do imaginário coletivo sobre o que chamamos de amor e, por vezes, pode estar associado à falsa ideia de cuidado. Não por acaso as pessoas – quando no exercício do poder parental – usam práticas violentas historicamente “aceitas” – lidas como suposta “correção” – justificam a postura como “cuidado”, e dizem tentar prevenir que o “mundo fora de casa” faça igual ou pior diante de um comportamento reprovável de quem cuida, sobretudo, os filhos (as). Tão perigoso quanto isto, ocorre quando as práticas violentas (tapas, gritos, puxões de cabelo, beliscões) se justificam pela ideia que a criança “fez por merecer”, não sendo incomum por parte dos cuidadores (mãe, pai, avó, tia) afirmarem para a criança: Você apanhou porque mereceu... Você me tira do sério... Ou sabe por que você apanhou?! Porque não faz nada certo. Dessa forma, ensinamos aos filhos (as) que atitudes que reprovamos podem ser “corrigidas” de forma violenta por quem detém algum poder e/ou está na centralidade do cuidado. E que para serem amados precisam corresponder ao controle de alguém, diferente da concepção do amor como cura, como letramento pedagógico para o respeito consigo e com a comunidade.

A naturalização da violência é tão perversa que a violência passa a ser considerada recurso pedagógico e não a própria ausência dele. hooks (2021) nos ensina que aprendemos a amar nas relações parentais quando somos ainda muito jovens, e a partir dessas primeiras relações nos baseamos para definir o que deve ser rejeitado, suportado e aceitável

na relação com os outros, inclusive nos outros relacionamentos, como os relacionamentos amorosos sexuais.

[...] não existem escolas para o amor. Todo mundo supõe que saberemos, instintivamente, como amar. Apesar de esmagadoras evidências contrárias, ainda aceitamos que a família é a escola primordial para o amor. Daqueles de nós que não aprendem como amar em família, espera-se que experimentem o amor em relações românticas. Contudo, esse amor geralmente nos escapa. E passamos a vida inteira desfazendo os danos causados pela crueldade, pela negligência e por todas as formas de desamor que vivenciamos em nossa família de origem e em relacionamentos nos quais simplesmente não sabíamos o que fazer (hooks, 2021, p. 38).

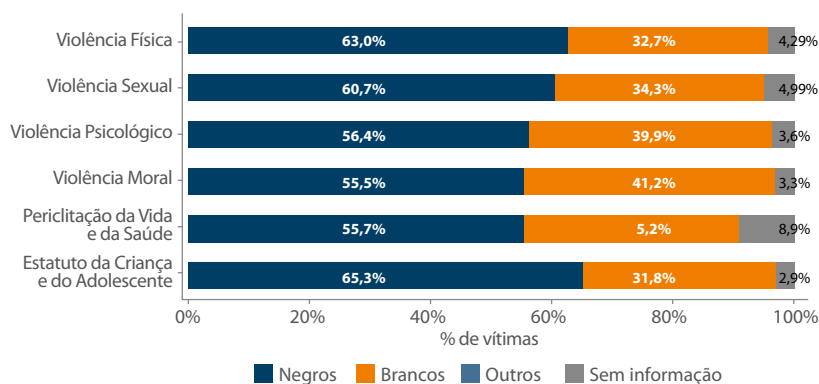
Essas reflexões sugerem que as violências são apreendidas e naturalizadas cedo nas nossas vidas, sobretudo das mulheres negras, aquelas que o corpo não está representado nos desenhos animados, nos contos de fada, nas imagens de afeto expostas pela mídia e no cotidiano das cidades, visto que são as meninas e mulheres negras as mais expostas a violência doméstica. Aprender e ensinar a amar como uma ação e intenção política, que deve ser construída de forma consciente, por decisão, é algo revolucionário no enfrentamento a violência e uma proposta urgente para os desafios de uma educação parental não violenta.

3. Conexões do que chamamos de “amor” com as violências domésticas

A violência pode ser disfarçada de cuidado, proteção, e até amor como observamos anteriormente, além disso pode ser lida nas relações parentais, assim como nas relações amorosas sexuais, como “prova de amor”, onde algumas afirmações são comuns: eu te bati porque te amo, é para o seu bem. Se não me importasse com você não iria te corrigir. Esse discurso está relacionado a ideia de que a pessoa violentada, em posição de vítima, tem culpa e a outra pessoa apenas reagiu à sua ação, de forma isenta. Assim como em outras relações o poder está presente nas

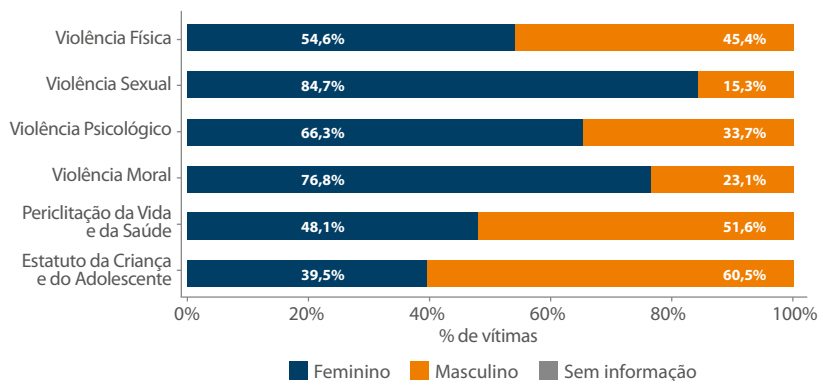
relações parentais, e também traz consigo desafios inerentes às opressões de raça, gênero e classe. O que fica evidente, por exemplo, nos índices de violência contra as crianças, sendo as meninas negras e periféricas as mais afetadas. Uma realidade da maioria dos municípios brasileiros, como o estado do Rio de Janeiro, de acordo com os dados apresentados pelo Dossiê Criança e Adolescente (ISP/RJ, 2021) nos gráficos a seguir:

Gráfico 1 - Distribuição dos delitos contra crianças e adolescentes por cor/raça - estado do Rio de Janeiro - 2020 (valores percentuais)



Fonte: Elaborado pelo ISP com base em dados da SEPOL.

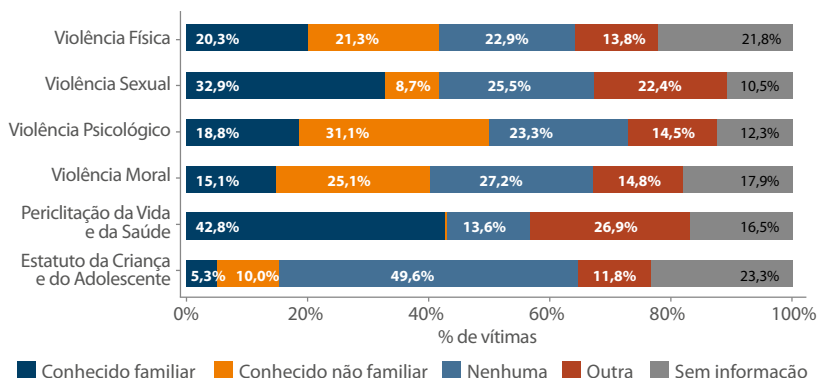
Gráfico 2 - Distribuição dos delitos contra crianças e adolescentes por sexo - estado do Rio de Janeiro - 2020 (valores percentuais)



Fonte: Elaborado pelo ISP com base em dados da SEPOL.

Se observarmos esses dados com as lentes da interseccionalidade, como propomos, marcadores de raça e gênero formam uma encruzilhada, não por acaso. Além disso, precisamos atentar para o vínculo das crianças com os (as) autores (as) das violências, como demonstra o gráfico abaixo:

Gráfico 3 Distribuição dos delitos contra crianças e adolescentes por relação entre vítima e autor - estado do Rio de Janeiro - 2020 (valores percentuais)



Fonte: Elaborado pelo ISP com base em dados da SEPOL.

Verificar que os (as) autores (as) de violências contra as crianças e adolescentes são pessoas familiares ou conhecidas das vítimas torna a discussão sobre o que chamamos de “amor” mais relevante, posto que as crianças e adolescentes são violadas, na maioria das vezes, por quem elas confiam e que, por vezes, nutrem afeto, podendo estabelecer uma relação dúbia de medo e “amor”, o que representa um desafio importante, tanto para quem vive como para possíveis intervenções no campo das políticas públicas. Por isso, se faz fundamental que a política, em especial a saúde, possa se organizar no sentido de criar espaços de escuta, de troca e cuidado para cuidadores (as) parentais, onde se estimule reflexões sobre práticas e saberes voltados para a emancipação, para a ressignificação do amor como potência transformadora.

4. Metodologia

A abordagem metodológica escolhida foi a revisão bibliográfica, com destaque para autores (as) referenciados (as) pelos conceitos cunhados pelo feminismo negro, que considera a interdependência entre as opressões estruturais, que favorecem as violências. Dessa forma, a interseccionalidade foi utilizada com método analítico para interpretar as interseções entre raça, gênero e classe no processo de naturalização e reprodução das violências domésticas contra mulheres e crianças/adolescentes nas relações parentais, além de refletir sobre caminhos alternativos de formação profissional em saúde para o cuidado em uma perspectiva não revitimizante. Vale ressaltar que as contribuições apresentadas são parte das discussões, que propomos na dissertação de mestrado em saúde coletiva (MORATTI, 2025), na qual o Projeto Escola da Família, por meio da formação parental, fez coro aos anseios e sensibilidade crítica expostos no trabalho.

As contribuições realizadas junto ao projeto se deram por meio de rodas de conversa com as gestantes, onde foram propostas reflexões sobre construções afetivas, naturalização da violência e estratégias de ressignificar o amor como decisão consciente, que deve ser construído, aprendido também nas relações parentais.

5. Resultados

Carla Akotirene (2019) define como avenidas identitárias as intersecções entre raça, gênero e classe, propondo reflexão sobre as encruzilhadas entre essas experiências de existir que determinam desigualdades estruturais nas formas de nascer, viver, amar e morrer. Tais construções desafiam o enfrentamento das violências no bojo da parentalidade, materializadas nos relatos de alguns profissionais ao longo da formação parental, além das narrativas das mulheres gestantes usuárias das unidades de atenção básica, durante as participações nas rodas de conversas que tivemos a oportunidade de mediar. De acordo com o Dossiê Criança e Adolescente (ISP/RJ, 2021), significativa parcela dos

registros de autores(as) de “maus tratos” contra crianças/adolescentes são conhecidos familiares, o que sugere a importância de discutirmos sobre a parentalidade, desmitificando a violência como processo pedagógico, mascarado de cuidado, de amor, o que pode dificultar a identificação e o enfrentamento. Debates públicos sobre definições de amor e violência são importantes caminhos para repensarmos a forma que fomos socializados e como podemos refletir sobre nossas construções individuais e coletivas. Nos tornarmos conscientes de que o amor e a violência não são faces da mesma moeda são fundamentais para caminharmos na direção de relações parentais não violentas, como reflete hooks (2021)

Começando com definições claras de amor, sentimento, intenção e vontade, não entro mais em relacionamentos com a falta de consciência que me levou a fazer com que todos os vínculos fossem pontos de repetição de antigos padrões (hooks, 2021, p. 180)

É importante destacar, que a percepção das mulheres participantes nas rodas sobre como mascaramos as violências no cotidiano foi expressiva, suscitando relatos emocionados, reflexões e compartilhamento de sentimentos de pertencimento e fortalecimento de redes de apoio.

6. Discussão/Conclusão

O projeto Escola da Família, representa uma iniciativa potencial e empreendedora para o debate coletivo no campo da saúde pública para o enfrentamento à violência doméstica nas relações parentais, o que exige desconstruir mitos da idealização do amor como algo inato, que dispensa aprendizados, e é isento de valores patriarcais, racistas que direcionam e fundamentam escolhas e decisões. É imperativo criar políticas nestas perspectivas, visando romper com naturalizações da violência como ferramenta pedagógica – introduzida desde a colonização –, rumo a novas pedagogias afetivas, promovendo práticas educativas baseadas na autonomia, no respeito e no afeto não opressor. Além disto, devemos incluir com maior atenção outros cuidadores no cenário do cuidado, ampliando a rede de apoio das crianças e adolescentes, assim

como desmistificando o cuidado como responsabilidade feminina, sobrecarregando as mulheres ao assumirem a sua centralidade, o que pode ser mais um fator vulnerabilizante, tanto para as mulheres como para as crianças/adolescentes.

A educação sem violência, é uma escolha ética e política que implica revisar crenças, reposicionar o cuidado como potência e romper com heranças patriarcais e racistas aprofundadas pelo sistema capitalista. Políticas públicas e formações profissionais devem considerar esses atravessamentos para fortalecer saberes e práticas cuidadoras e emancipatórias.

7. Referências

AKOTIRENE, Carla. Interseccionalidade. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019. (Coleção Feminismos Plurais. Coordenação de Djamila Ribeiro).

hooks, bell. Tudo sobre o amor: novas perspectivas. Tradução de Stephanie Borges. São Paulo: Editora Elefante, 2021. Rio de Janeiro.

ISP/RJ. Dossiê, Criança e Adolescente. Instituto de Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro, 2021.

MORATTI, T.D.S As bruxas de hoje: perspectivas históricas do amor romântico como um fator vulnerabilizante para a violência doméstica contra as mulheres e os desafios para práticas de cuidado não revitimizantes, Dissertação de Mestrado, Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, ISC, UFF, Niterói/RJ, 2025.

PERFIL DAS USUÁRIAS DO PROJETO ESCOLA DA FAMÍLIA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI/RJ



Sérgio Aboud
Wagner Valentim de Alão
Claudia Marcia Osório Xavier de Almeida
Ingrid dos Santos Abrão
Vanessa dos Santos Andrade
Arnold Vasconcelos R. de Assis
Marcela Kiill Rios de Freitas
Lorena de Cássia dos Santos Florentino
Ana Beatriz Meziara Garcia
Millena Mendonça Andrade Paes Leme
Emilly Silva Amos
Luciana Rodrigues da Ilva
Kathelin R. Carvalho de Souza

1. Introdução

Este capítulo trata da coleta de dados das usuárias da Policlínica Regional de Saúde Dr. Guilherme Taylor March (PRGTM), localizada na região norte da cidade de Niterói/RJ. Essa policlínica atende a uma população em situação de vulnerabilidade social, incluindo empreendimentos de classe B, C e D, e apresenta um alto índice de violência. Esta unidade foi um projeto piloto do Projeto Escola da Família (PEF) em 2020.

O PEF faz parte do eixo de prevenção da macropolítica de combate à violência do Governo Municipal, denominado Pacto de Niterói Contra Violência (PNCV), no qual as Secretarias Municipais foram acionadas para desenvolver ações de prevenção à violência.

O projeto em questão se destaca por sua abordagem inovadora, que busca não apenas a prevenção de violências, mas também a formação

de uma rede de apoio às gestantes e suas famílias, contribuindo para a saúde integral da população.

A Fundação Municipal de Saúde (FMS) utilizou o PEF e aperfeiçoou suas atribuições com o advento do Curso de Parentalidade, destinado aos profissionais que atuam junto às gestantes e puérperas inseridas no Pré-Natal (PN), com o intuito de sensibilizá-las sobre as questões relacionadas à violência e à parentalidade.

Esse curso foi resultado de uma seleção pública, na qual a Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos (Finatec) foi contemplada para atuar na capacitação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) no que tange à formação em Parentalidade sem Violência, que ocorreu no ano de 2024.

A Finatec tinha a estimativa de formar cerca de 500 profissionais para trabalhar nas Rodas de Conversa com o público-alvo – gestantes, puérperas, familiares e comunidades. Nesse momento, os alunos do Programa de Educação Tutorial (PET) Saúde Equidade também participaram do processo, junto aos preceptores, que eram profissionais capacitados para a captação, cadastro, entrevista socioparental e condução das Rodas de Conversa.

Nesse contexto, para conhecer melhor o público-alvo do PEF, os alunos do PET Saúde Equidade, junto aos preceptores, realizaram um levantamento de dados do ano de 2023, com base nos cadastros e entrevistas socioparentais das usuárias do Pré-Natal (PN) que aceitaram participar do projeto.

A estratégia utilizada pelos bolsistas do PET Saúde Equidade foi tratar os dados por meio de uma tabela do Excel, agrupando as informações coletadas em formulários físicos. As entrevistadas comprometeram-se com as regras do PEF, nas quais se corresponsabilizam pelo PN, com ênfase na promoção e manutenção do bem-estar físico e emocional no processo de gestação, parto, puerpério e nascimento.

Os profissionais, agora sensíveis ao tema da parentalidade e das violências, trazem informações e orientações sobre a evolução da gestação ao parto, bem como sobre as complexidades do consciente e do inconsciente dessa gravidez para as famílias.

2. Discussão sobre traçar perfil de público-alvo

A discussão sobre traçar um perfil se sobrepõe ao pensamento de ter um público-alvo formado por pessoas com características em comum, que compartilham o mesmo interesse em potencial pelos produtos ou serviços. Pois torna-se essencial o conhecimento desse público-alvo para o sucesso de uma política pública ou em qualquer situação.

O levantamento de dados realizado com base em características como idade, gênero, renda, estado civil, nível de escolaridade, ocupação, se a gestação foi ou não planejada, o momento em que a mulher buscou o PN e se, em algum momento da vida, sofreu algum tipo de violência. Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), os determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha.

Entre os desafios para entender a relação entre determinantes sociais e saúde está o estabelecimento de uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, não havendo uma simples relação direta de causa-efeito. (SUS de A à Z)

Ou ainda, para Buss & Pellegrini Filho:

(...) os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. (2007, p. 77)

3. Discussão sobre resultado do perfil do público-alvo do PEF

3.1 Ser mulher, negra e pobre: um retrato das injustiças reprodutivas no Brasil

Os dados levantados pelo PEF 2023 – nos quais 77% das participantes gestantes são mulheres negras (pretas e pardas), majoritariamente jovens (44% entre 20 e 29 anos), com baixa renda familiar (46% vivendo com

um salário-mínimo) – refletem um padrão persistente de desigualdade estrutural na sociedade brasileira.

Essa configuração é resultado direto de um processo histórico de exclusão social que atinge, de maneira desproporcional, a população negra, sobretudo as mulheres. A herança da escravidão no Brasil, que se estendeu por mais de três séculos e não foi acompanhada por políticas públicas reparatórias efetivas após sua abolição formal em 1888, deixou marcas profundas na estrutura social brasileira.

Como destaca a socióloga Sueli Carneiro (2023), o racismo no Brasil se articula de maneira sutil, mas profundamente enraizada nas instituições, limitando o acesso de pessoas negras aos serviços de saúde e proteção social.

Além disso, o acesso à saúde reprodutiva e ao planejamento familiar é marcado por barreiras sociais e institucionais. O estudo “Nascer no Brasil” da Fiocruz (LEAL et al., 2017) revelou que mulheres negras são mais propensas a ter gestações não planejadas e menor acesso a métodos contraceptivos de qualidade, o que pode explicar os 86% de gestações não planejadas observadas no PEF. Esses fatores somam-se ao racismo obstétrico, que compromete a qualidade da assistência pré-natal e o direito ao cuidado humanizado.

Portanto, a prevalência de mulheres negras, jovens e pobres entre as gestantes acompanhadas pelo PEF não é um acaso ou uma exceção, mas um reflexo das estruturas excludentes que historicamente marginalizam esse grupo social. Tais dados reforçam a urgência de políticas públicas focalizadas e interseccionais, que promovam justiça social, equidade racial e de gênero, e o enfrentamento das múltiplas formas de violência que atravessam o corpo e a vida das mulheres negras no Brasil.

3.2 A construção social da família monoparental no contexto da baixa escolaridade

Outro ponto de grande relevância a ser considerado é a questão da família monoparental no contexto de baixa escolaridade. O estudo do grupo das gestantes, revelando que 48% delas possuem ensino médio completo e 55% vivem em famílias monoparentais, oferece um

panorama claro das complexas intersecções entre educação, estrutura familiar e as condições de gestação no Brasil. Embora os dados sejam específicos a esta amostra, eles ressoam com tendências sociais mais amplas observadas no país. A gestação, um período profundamente ligado a vulnerabilidades e transformações, é aqui analisada sob a ótica de como fatores socioeconômicos e educacionais podem amplificar ou mitigar os desafios enfrentados por essas mulheres.

A configuração familiar monoparental, definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como aquela chefiada por um único adulto responsável por crianças ou adolescentes, tem experimentado um crescimento notável no Brasil. O censo demográfico de 2022 já apontava um aumento das famílias monoparentais femininas de 15,3% em 2000 para 16,5% em 2022. Este fenômeno reflete não apenas mudanças sociais, como o aumento de divórcios e a maternidade por escolha, mas também a persistência de problemas estruturais, como o abandono paterno, que impõem à mulher a responsabilidade exclusiva pela criação e sustento dos filhos.

O dado de que 48% das gestantes possuem ensino médio completo implica que uma parcela significativa (52%) não alcançou este nível educacional. No contexto brasileiro, a conclusão do ensino médio é um divisor de águas para o acesso a empregos mais estáveis e remunerados, bem como para a progressão acadêmica. A baixa escolaridade, frequentemente associada à inserção precoce no mercado de trabalho ou à gravidez na adolescência, limita o acesso a informações cruciais sobre saúde, direitos e planejamento familiar, perpetuando um ciclo de desvantagens socioeconômicas. A vulnerabilidade é acentuada quando a mulher, já com escolaridade limitada, assume a chefia de uma família monoparental, enfrentando uma dupla jornada de trabalho e cuidado sem o suporte adequado.

Socioculturalmente, a realidade dessas gestantes é marcada por estigmas e preconceitos. A mulher grávida, especialmente se jovem e com menor escolaridade, pode ser alvo de julgamentos sociais, enquanto a família monoparental é erroneamente percebida como “desestruturada”. Essa percepção ignora a capacidade de organização

dessas famílias e também contribui para a exclusão social e a dificuldade de acessar redes de apoio formais e informais.

A sobrecarga da mulher-mãe, que acumula responsabilidades financeiras, educacionais e emocionais, é uma das repercussões mais evidentes da monoparentalidade feminina (SILVA, 2021).

Os sentidos de família monoparental feminina utilizados pelas autoras foram: ausência de cônjuge e chefia familiar feminina. Quanto às circunstâncias que formam uma família monoparental feminina, encontram-se a separação conjugal, a maternidade independente, a viuvez, o abandono, a conquista de direitos femininos, situações de violência doméstica e relacionamentos extraconjugais. São citados como repercussões da família monoparental feminina a sobrecarga, a culpabilização, impactos na saúde da mulher e precarização do trabalho.

O abandono paterno, um fator significativo na formação das famílias monoparentais, não apenas sobrecarrega a mulher, mas também priva a criança do suporte emocional e financeiro de ambos os pais, evidenciando uma falha sistêmica na garantia da paternidade responsável.

Do ponto de vista político, os dados revelam a necessidade de políticas públicas mais robustas e integradas. A alta proporção de gestantes com ensino médio incompleto e em famílias monoparentais aponta para lacunas na provisão de direitos básicos e na promoção da equidade social. É essencial, portanto, que o Estado invista em programas de educação como incentivo à permanência escolar; de saúde com pré-natal de qualidade e acompanhamento psicossocial para gestantes em situação de vulnerabilidade; de assistência social com a ampliação de programas de transferência de renda e de redes de apoio para famílias monoparentais; e em uma legislação que fortaleça a paternidade responsável e mecanismos eficazes para garantir o cumprimento da pensão alimentícia.

A ausência ou a fragilidade dessas políticas perpetua a vulnerabilidade dessas gestantes e de seus filhos, contribuindo para a reprodução da pobreza e da desigualdade social entre gerações. A invisibilidade dessas questões no debate público e a falta de investimento adequado

em políticas sociais são reflexos de prioridades políticas que não contemplam as necessidades de grupos mais vulneráveis da sociedade.

3.3 Discussão de outras vulnerabilidades do público-alvo

Como o PEF é uma política pública que atua na prevenção do agravo da violência, o diferencial está na vulnerabilidade da mulher usuária do SUS na situação de gestante, bem como nas consequências sociais ou físicas que ela enfrenta devido à exposição ao risco de violência. No artigo de Buss & Pellegrini Filho, é citado o estudo de Rose (1992):

Aqui se incluem políticas que busquem estabelecer redes de apoio e fortalecer a organização e participação das pessoas e das comunidades, especialmente dos grupos vulneráveis, em ações coletivas para a melhoria de suas condições de saúde e bem-estar, e para que se constituam em atores sociais e participantes ativos das decisões da vida social. (2007, p. 86)

No levantamento dos dados, observou-se que apenas 18% da amostra de 57 gestantes inscritas no PEF de 2023 não reconheceram ter passado por algum tipo de violência, e 8% não quiseram declarar tal fato. Enquanto 74% da amostra sofreu violências, sendo 37% dentro do domicílio (20% por companheiro/pai do bebê e 17% por familiares) e 47% fora.

A importância de traçar um perfil está, além de reforçar o PN, em garantir um cuidado integral, acolhedor e qualificado às mulheres em um momento importante de suas vidas. No Brasil, a maior parte das mulheres que acessam os serviços públicos de saúde materno-infantil são mulheres pretas ou pardas, frequentemente em contexto de vulnerabilidade social, com baixa escolaridade, renda limitada e acesso restrito à informação. Essas condições estruturais impactam diretamente a vivência da gestação, o acesso ao cuidado e as práticas parentais.

A escassez de informações sobre parentalidade, direitos sexuais e reprodutivos, além da prevenção às violências, expõe essas mulheres a maiores riscos físicos, emocionais e sociais. Por esse motivo, é

imprescindível que ações de saúde voltadas a esse público considerem as intersecções entre raça, classe e gênero, promovendo educação em saúde de forma sensível, acessível e humanizada. Ao traçar um paralelo com as gestantes envolvidas no projeto, as ações de discussão acerca da parentalidade se fazem indispensáveis.

Conhecer o perfil das assistidas se torna um fator essencial para o sucesso do PEF, pois permite compreender os atravessamentos sociais, econômicos, raciais, institucionais e subjetivos que estruturam suas trajetórias de vida. Ao mapear dados como escolaridade, composição familiar, renda, histórico de violência e idade, amplia-se a capacidade de entender os sentidos que a maternidade e o cuidado assumem para essas mulheres, permitindo que o planejamento das ações não seja pautado por uma lógica genérica, mas sim situado e comprometido com a realidade concreta de cada grupo.

A escuta atenta e a valorização do contexto de vida das gestantes permitem que o cuidado se torne humanizado, integral e horizontal. Isso ocorre porque, ao perceberem que suas vivências e subjetividades são levadas em conta, as usuárias deixam de ser apenas “alvo” de políticas públicas e se tornam participantes ativas do processo de construção da saúde, fortalecendo o vínculo com a equipe e promovendo autonomia. O cuidado, assim, não se limita ao cumprimento de protocolos, mas passa a ser mediado pelo reconhecimento da mulher como sujeito de direitos, em sua inteireza.

Nesse sentido, a abordagem interseccional proposta por autoras como Kimberlé Crenshaw (2002) e Patricia Hill Collins (2019), aprofundada em obras como *Interseccionalidades em Pauta* (SILVA et al., 2020), se mostra estrutural para a atuação em políticas públicas como o PEF. A interseccionalidade permite a compreensão de como diferentes sistemas de opressão — como racismo, sexismo e classismo — operam entrelaçados na vida das mulheres em situação de vulnerabilidade e como esses marcadores impactam suas experiências com a parentalidade, o autocuidado e o acesso à saúde.

Incorporar esse olhar implica reconhecer que não existe um modelo único de maternidade ou de família, e que práticas de cuidado sensíveis

à pluralidade de vivências são fundamentais para que a assistência se efetive em sua dimensão mais ética e transformadora. Assim, o vínculo entre a equipe de saúde e a usuária se fortalece quando esta percebe que o trabalho é feito com ela — e não apenas sobre ela. Trata-se de construir cuidado com, e não para.

Ao trabalhar com gestantes marcadas por múltiplas vulnerabilidades, como as acompanhadas pelo PEF, a integração entre escuta, vínculo, dados e análise crítica se torna a base para uma parentalidade que rompe com o ciclo das violências e promove a autonomia, segurança emocional e saúde integral para mãe e bebê.

Outra situação que chamou a atenção no perfil foi que a maioria das participantes relataram que não foi uma gestação planejada (86%); contudo, 66% ingressaram no Pré-Natal com menos de 12 semanas, e todas estavam cumprindo o PN com regularidade. Esses dados demonstram a responsabilização dessas mulheres em relação à gestação, apesar de todas as dificuldades apontadas. Lembrando que, segundo Nascimento (2003):

A gestante atendida no serviço público geralmente é aquela que não pode pagar pelo serviço profissional, sendo a consulta paga pelo Sistema Único de Saúde. Esta camada da sociedade costuma ter um menor poder aquisitivo e maior dificuldade para chegar aos serviços de saúde, tanto por residirem em locais afastados como por falta de orientação sobre a importância do acompanhamento pré-natal. (p. 192)

A atuação do PEF junto às gestantes em situação de vulnerabilidade dialoga diretamente com os princípios da parentalidade consciente, como proposto por Siegel e Hartzell (2020), que ressaltam a importância do autoconhecimento, do vínculo emocional seguro e do apoio interpessoal durante a gestação e os primeiros anos da infância. A parentalidade consciente reconhece que as experiências passadas dos cuidadores, quando não elaboradas, podem se manifestar como barreiras emocionais ou padrões reativos que interferem na construção de vínculos saudáveis com os filhos.

Nesse sentido, ao promover espaços de escuta e reflexão acerca da parentalidade e dos impactos das violências vividas, o PEF contribui não só para a saúde física das gestantes, mas também para a elaboração emocional de suas histórias, favorecendo a construção de relações mais seguras com seus bebês. Como defendido por Siegel e Hartzell, “entender o sentido da sua vida é a melhor dádiva que se pode dar a um filho ou a si mesmo”, pois, ao processar as experiências passadas, as mães são capazes de interromper ciclos de sofrimento intergeracional e atuar de maneira mais empática, flexível e presente no cuidado com suas crianças.

Dessa forma, o desenvolvimento da *mindsight* (capacidade de perceber os próprios estados mentais e os dos outros) nas práticas de educação em saúde, como as rodas de conversa promovidas pelo projeto, fortalece a parentalidade responsiva e consciente. A reflexão ativa, a atenção plena e o cuidado emocional tornam-se pilares essenciais de uma abordagem transformadora para o cuidado pré-natal e para a formação de vínculos familiares saudáveis, mesmo em contextos de adversidade.

4. Considerações finais

O Projeto Escola da Família (PEF) desempenha um papel importante na promoção da saúde e bem-estar das gestantes em situação de vulnerabilidade. Os dados revelam que a maioria das participantes são mulheres negras e jovens, evidenciando desigualdades estruturais que persistem na sociedade brasileira. A interseccionalidade entre raça, classe e gênero é crucial para compreender as experiências dessas mulheres e deve orientar a formulação de políticas públicas.

É imperativo que as iniciativas de saúde sejam ampliadas, com especial atenção à formação contínua de profissionais e à criação de redes de apoio. A abordagem humanizada e sensível do PEF não apenas melhora a assistência pré-natal, mas também fortalece o vínculo emocional entre as gestantes e suas famílias. Essa conexão é vital

para promover não apenas a saúde física, mas também o bem-estar emocional das participantes.

Além disso, as discussões sobre parentalidade e violência são essenciais para que as gestantes se sintam apoiadas e compreendidas em suas realidades. A promoção de espaços de escuta e reflexão permite que essas mulheres se tornem protagonistas de suas histórias, contribuindo para a construção de relações mais seguras com seus filhos.

Portanto, o PEF se consolida como uma estratégia eficaz para enfrentar as desigualdades em saúde, articulando educação, prevenção e vínculo em um modelo de cuidado que respeita as complexidades da maternidade vivida em contextos de vulnerabilidade. A continuidade e o fortalecimento de projetos com essa perspectiva são essenciais para consolidar uma política pública comprometida com a justiça social e a equidade no âmbito do Sistema Único de Saúde.

5. Referências

- BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2025.
- CARNEIRO, Sueli. Dispositivo de racialidade: a construção do outro como não ser como fundamento do ser. Rio de Janeiro: Zahar, 2023.
- COLLINS, Patricia Hill. Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento. Tradução de Valéria Ribeiro Corossacz. São Paulo: Boitempo, 2019.
- CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero. In: UNIFEM (Org.). *Violência contra a mulher: uma perspectiva interseccional*. Brasília: UNIFEM, 2002. p. 13–25.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41663-censo-2022>. Acesso em: 20 abr. 2025.
- LEAL, Maria do Carmo et al. *Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

- NASCIMENTO, Luiz Fernando C. Proporção de gestantes com acompanhamento pré-natal e partos hospitalares. Perfil de gestantes atendidas nos períodos pré-natal e perinatal: estudo comparativo entre os serviços público e privado em Guaratinguetá, São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 3, n. 2, jun. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292003000200009>. Acesso em: 18 mar. 2025.
- SIEGEL, Daniel J.; HARTZELL, Mary. Parentalidade consciente: como o autoconhecimento nos ajuda a criar nossos filhos. Tradução de Thaís Costa. São Paulo: nVersos Editora, 2020.
- SILVA, Ana Lúcia Gomes da; SILVA, Jerônimo Jorge Cavalcante; RODRIGUEZ, Victor Manuel Amar (Orgs.). A interseccionalidade como princípio do campo feminista. In: SILVA, Ana Lúcia Gomes da; SILVA, Jerônimo Jorge Cavalcante; RODRIGUEZ, Victor Manuel Amar (Orgs.). *Interseccionalidades em pauta: gênero, raça, sexualidades e classe social*. Salvador: EDUFBA, 2020. p. 290–294.
- SILVA, Maria Fernanda Pinto da. Análise da produção de artigos sobre família monoparental feminina. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.
- SUS DE A À Z. Determinantes Sociais da Saúde. Portal DSS Brasil – ENSP/Fiocruz. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais>. Acesso em: 14 jun. 2025.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DA ESTRATÉGIA DE MONITORAMENTO PROATIVO NO PROGRAMA ESCOLA DA FAMÍLIA, NO MUNICÍPIO DE NITERÓI/RJ



Cláudia Márcia O. X. de Almeida
Patrícia Teixeira Guerra Ferreira

1. Introdução

Esse capítulo relata a experiência dos monitoramentos realizados no ano de 2024 na Rede SUS de Niterói. As unidades de Atenção Básica de Saúde (ABS) da Vice-presidência de Atenção Ambulatorial e de Família (Vipacaf) da Fundação Municipal de Saúde (FMS) e da Fundação Estatal de Saúde de Niterói (FeSaúde), do Município para avaliar a aplicabilidade do Programa Escola da Família (PEF), um projeto de iniciativa da Prefeitura Municipal de Niterói (PMN), na área de Saúde, está dentro do eixo prevenção, da macropolítica de governo chamado Pacto de Niterói Contra a Violência (PNCV).

O monitoramento em políticas públicas e projetos sociais constitui uma estratégia essencial para garantir a efetividade, sustentabilidade e aprimoramento contínuo das ações implementadas. No campo da saúde pública, sobretudo em iniciativas voltadas à prevenção da violência, o monitoramento assume um papel estratégico para assegurar a fidelidade ao planejamento, a qualidade das intervenções e a responsividade às necessidades do território.

Este texto discute o conceito de monitoramento e analisa seu impacto no processo de implantação e implementação do Projeto Escola da Família (PEF), desenvolvido pela Prefeitura Municipal de Niterói (PMN) – Decreto nº 13.378/2019 que cria a Política Municipal

de Prevenção à Violência de Niterói (PMPV) e a Lei Municipal nº 3519/2020 do Estatuto Municipal da Pessoa Gestante de Niterói, com ênfase na prevenção da violência contra mulheres e crianças, especialmente durante o ciclo gravídico-puerperal, até os 1000 dias de vida da criança.

O monitoramento foi utilizado como estratégia para o fortalecimento da Implantação e Implementação do PEF no município de Niterói. A utilização desse modelo de monitoramento foi extremamente importante como estratégia da Gestão do PEF, para o amadurecimento e aplicabilidade de uma política pública para a demonstração de evidências utilizadas pelo Governo Municipal, bem como, na Política Municipal de Segurança Pública (PMSP) e no PNCV.

2. O Programa Escola da Família: Prevenção da Violência e Promoção da Parentalidade

O PEF faz parte das ações integradas do PNCV do eixo da prevenção da Política de Segurança Pública do município de Niterói. O PEF tem como público prioritário de gestantes atendidas nas unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), bem como os familiares e comunidades, consequentemente utilizando esse período como janela de oportunidade para abordar a parentalidade positiva, os direitos das mulheres, os riscos de violência doméstica e outras violências além de fatores de proteção para o desenvolvimento infantil.

O principal objetivo é melhorar a qualidade de vida das famílias, especialmente no que se refere à saúde materna e infantil, por meio de um ciclo de práticas educativas de formação parental. As gestantes que participam do programa e cumprem os critérios estabelecidos na Lei nº 3.683/2022 (NITERÓI, 2022), após cumprirem as condicionalidades recebem um Incentivo ao Pré-Natal Seguro (IPNS, um único pagamento de R\$1 mil) após o nascimento do bebê.

Outro objetivo consiste em fortalecer a Atenção Primária de Saúde (APS) com a temática de prevenção às violências e cultura da paz por meio de práticas educativas junto as gestantes/puérperas inseridas

no Pré-Natal. Para realizar esse trabalho, os profissionais das unidades deveriam proporcionar atividades educativas pautados no tema de Parentalidade, lhes gerava certa insegurança, visto a delicadeza e complexidade do assunto

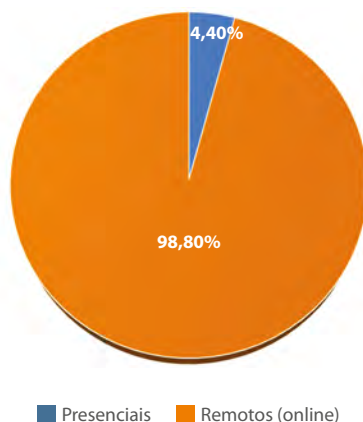
(...) Parentalidade, além da transmissão de afeto, cuidado e educação, confronta o sujeito com os riscos psíquicos que podem acompanhar esse lugar. Com efeito, assumir a parentalidade implica lidar com o imaginário social e as idealizações sobre essa função e a concepção de família. De acordo com Silva et al. (2023), exercer a parentalidade requer um intenso trabalho subjetivo, por vezes; com risco psíquico inscrito em sintomas ligados às ambivalências e angústias que não encontram espaço de simbolização.” (COSTA; BRASIL, 2024, p. 275)

A gestão do PEF viu a necessidade de oferecer uma capacitação [na perspectiva da PNEPS, “a Educação Permanente em Saúde é uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho com vistas à produção de mudanças neste contexto.” (BRASIL, 2018, p. 13) Com vista ao aperfeiçoamento de ações de saúde no território] centrada na abordagem da Parentalidade aos profissionais da Rede para a consolidação do processo do Ciclo de Práticas Educativas de Formação Parental sem Violência. Foi então implantada, através de chamamento público, uma ação de formação centrada no tema da construção de práticas parentais com afeto sem violência como forma de prevenção da violência intrafamiliar, coordenada pela parceria Finatec/UnB/UFF e com participação de uma equipe multiprofissional.

É no contexto da implementação do trabalho no território, pelos profissionais que haviam passado pela formação, que se insere o acompanhamento pelo monitoramento, que tinha o objetivo de verificar se houve de fato a implantação ou a implementação do PEF nas unidades de APS, conforme meta apresenta no Plano Municipal de Segurança Pública (PSP) e no PNCV.

Na verdade, esses monitoramentos começaram antes da pandemia em duas unidades e, posteriormente, pós-pandemia da Covid 19 em 2020, os monitoramentos aconteceram nas demais unidades tradicionais (UBS) da Vipacaf, com visitas técnicas presenciais. E, a partir de 2024, tornaram-se híbridos: presenciais 4,40% (1) e remotos (*on line*) 98,8% (2) - visto que nas unidades monitoradas ocorreram mais de uma vez.

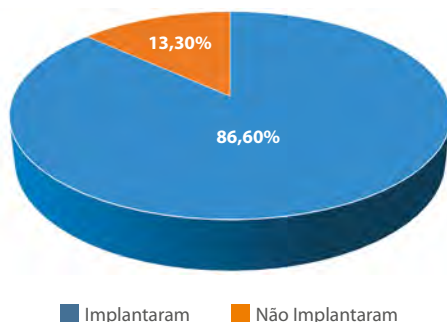
Formas de Monitoramentos



Nesses monitoramentos realizados em 2024 foram contactadas 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 44 Módulos de Médicos de Família (MMF), em articulação com equipes multiprofissionais [(NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família atualmente conhecida como Equipe e-Multi - é uma ferramenta para reforçar e qualificar o trabalho das equipes de saúde da família, ampliando suas possibilidades de atuação na APS)], nas quais uma abordagem educativa, dialógica e territorial foi central, promovendo a escuta qualificada e o fortalecimento de vínculos como eixos estruturantes.

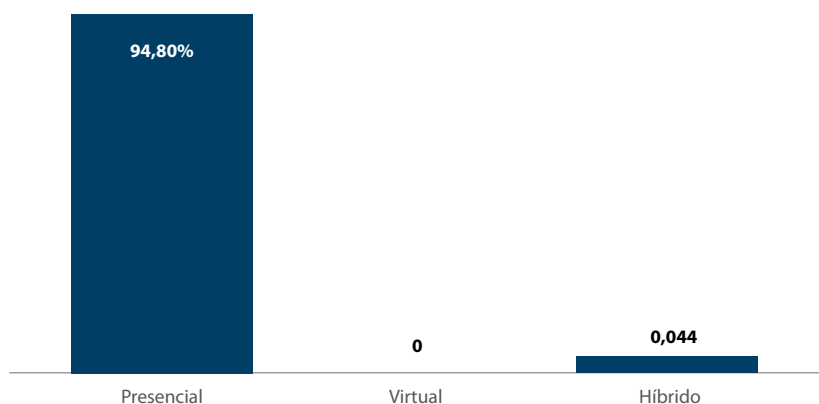
Os monitoramentos evidenciaram que do universo das unidades de saúde de APS, 86,6% implantaram o PEF enquanto 13,3% não implantaram pois tiveram dificuldades por diversos problemas que vão da inadequação de espaço físico a mudanças estratégicas na equipe da unidade.

Quantidade de Unidades que implantaram o PEF



Das unidades que realizaram a implantação 94,8% conseguiram implementar com toda potencialidade utilizando prioritariamente as equipes internas das unidades com a estratégia de práticas educativas (Rodas de Conversas) presenciais, na sua maioria, pautadas no aprendizado do Curso de Parentalidade da Finatec.

Estratégias utilizadas nas Rodas de Conversas nos MMF's



As equipes demonstraram interesse em desenvolver os grupos participativos e atuantes, com os temas muitas vezes propostos pelo público-alvo; demonstraram motivação com a implementação do PEF, embora algumas apresentassem fragilidades referentes ao fluxo das normativas administrativas.

3. Conceituando o Monitoramento

O monitoramento pode ser compreendido como o processo contínuo e sistemático de coleta, análise e uso de informações para acompanhar o desempenho de um programa ou projeto (FURTADO; VIEIRA, 2019). Diferente da avaliação, que busca entender impactos e resultados em profundidade, o monitoramento foca no processo: sua regularidade permite ajustes em tempo real e favorece a gestão adaptativa.

De acordo com Matus (1991), o monitoramento compõe o ciclo de políticas públicas como elemento indispensável para garantir a coerência entre planejamento, execução e avaliação. Na perspectiva da saúde coletiva, ele também fortalece o controle social e a *accountability* dos gestores e trabalhadores.

O Monitoramento no PEF: práticas e impactos

A gestão do PEF e sua equipe técnica entenderam que o monitoramento na categoria de proatividade foi uma estratégia necessária para a aplicabilidade de uma política pública. É, portanto, uma estratégia que visa antecipar e resolver problemas antes que eles afetem o desempenho de sistemas ou causem interrupções. Segundo Jannuzzi a estratégia de Monitoramento e Avaliação

Trata-se, pois, de um conjunto de atividades inerentes ao gerenciamento das Políticas Públicas, voltadas à sistematização de informação com rigor técnico acerca dos aspectos considerados críticos para o sucesso dos programas, como seu contexto de operação, dimensionamento e caracterização dos públicos-alvo, da qualidade de seus produtos, serviços, benefícios e entregas, dos resultados e impactos dos programas sobre os segmentos populacionais visados e sobre a sociedade em geral. (2013, p. 8)

Verificou-se que havia unidades mais adiantadas que outras nas suas estratégias e trâmites administrativos. E que nas poucas unidades menos avançadas era necessário fortalecer o processo do PEF. Segundo,

Furtado & Vieira “monitoramento se resume ao registro contínuo de variáveis ao longo do tempo se superpõe à montagem de um sistema de informação.” (2019, p. 17)

A equipe do PEF promovia discussões, por meio dos monitoramentos, com as equipes locais que atuavam nos territórios, questionado desde ações administrativas às ações subjetivas de modo que os profissionais se vissem na aplicação das estratégias de implantação, bem como, a incentivo a utilização dos conhecimentos adquiridos no Curso de Parentalidade da Finatec, no qual 100% das equipes monitoradas tiveram formados seus integrantes.

No contexto do Projeto Escola da Família, o monitoramento se dá com periodicidade quadrimestral. Essa estratégia permite acompanhar de maneira sistemática tanto a *implantação* (primeiras etapas de estruturação e organização das ações) quanto a *implementação* (execução prática das atividades conforme o planejamento técnico-político). A distribuição dos monitoramentos foram: 0% no primeiro quadrimestre devido problemas administrativos e de agenda; 38,6% no segundo e 58,9 no terceiro quadrimestre, no ano de 2024.

Para isso, é utilizada uma ferramenta norteadora que avalia dimensões como:

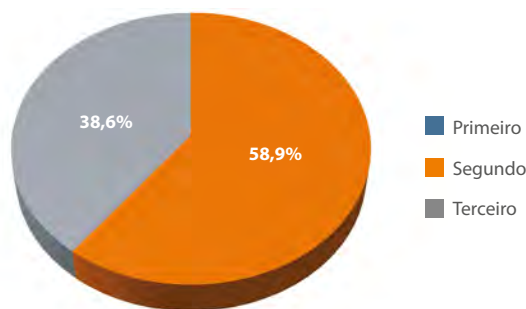
- Alcance do público-alvo;
- Frequência e regularidade das ações;
- Integração com as equipes das UBS's e MMF's;
- Adequação metodológica das atividades;
- Registro das ações e uso de indicadores;
- Identificação de desafios e estratégias de superação.

A análise dos dados produzidos pelo monitoramento tem revelado impactos significativos:

1. **Correção de rotas:** ajustes operacionais realizados a partir da identificação de fragilidades no fluxo de convocação das gestantes, ou na adaptação dos conteúdos ao território.

2. **Apoio à gestão local:** os resultados orientaram decisões e subsidiaram formações em serviço, fortalecendo a qualificação das práticas.
3. **Fomento ao protagonismo das equipes:** a devolutiva dos dados estimula reflexões coletivas e o sentimento de corresponsabilidade.
4. **Produção de evidências:** o monitoramento gerou insumos importantes para relatórios técnicos, prestações de contas e *advocacy* da política de enfrentamento à violência.

Quadrimestres dos monitoramentos dos MMF's PEF 2024



4. O Monitoramento como Prática Ética e Política

Ao monitorar uma ação voltada à prevenção da violência contra mulheres e crianças, a prática se insere não apenas em uma lógica gerencial, mas ética e política. Minayo coloca que: “A violência não é, em si, um tema da área de saúde, mas afeta a por que acarreta lesões, traumas e mortes físicas e emocionais.” (2017:8). Em um país onde os índices de feminicídio e violência infantil permanecem alarmantes, acompanhar sistematicamente projetos como o PEF é uma forma de garantir que eles cumpram seu papel social transformador.

Além disso, o monitoramento aproxima gestão e território, promovendo uma escuta ampliada dos desafios locais, das potências das equipes e das singularidades das usuárias. Neste sentido, ele se

constitui como uma ferramenta de cuidado institucional e de promoção de justiça social.

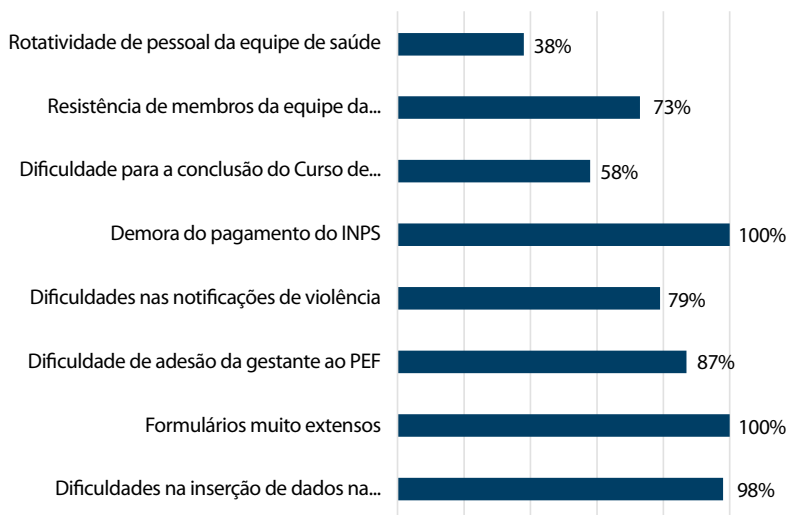
Nos monitoramentos foram evidenciados alguns impactos positivos: na melhoria da percepção da violência; a segurança da equipe em trabalhar com o aumento do vínculo entre as usuárias gestantes/puérperas com a equipe local, estreitamento do vínculo de confiança entre o público alvo e a equipe local e os profissionais no que tange das situações de violências vivenciadas; o aumento de vínculo mãe-bebê declaradas pelas usuárias; a equipe ficou mais engajadas com as temáticas de violência e parentalidade e por último, e não menos importante, as equipes se sentiram preparadas para identificação de situações das violências apontadas pela público alvo.

Os pontos de maior fragilidade do PEF foram: demora do pagamento do IPNS; formulários muitos extensos; dificuldades na inserção de dados na plataforma Google Forms; dificuldades na adesão das gestantes ao PEF; dificuldades nas notificações de violências; resistência de membros da equipe da unidade na aplicabilidade do PEF; dificuldade para conclusão do Curso sobre Parentalidade; rotatividade de pessoal da equipe de saúde.

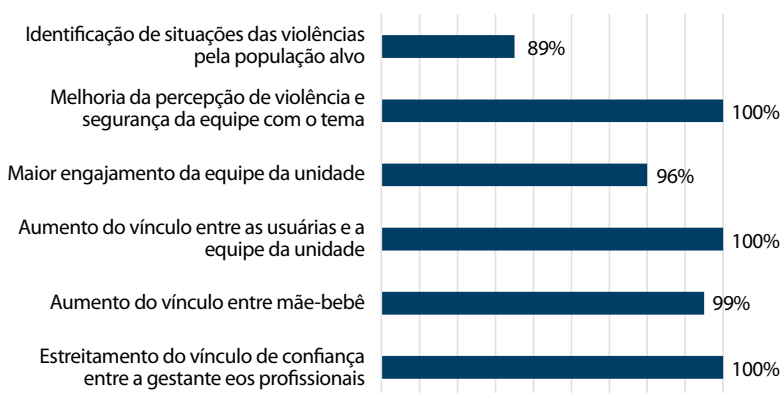
Essas fragilidades, com exceção de duas, foram discutidas pela equipe e a gestão do PEF para melhoria e superação. No que tange ao Curso de Parentalidade foram feitas de acompanhamento da equipe da Finatec em todas as unidades para colaborar na solução de questões surgidas na implementação e para ajudar na finalização do curso por integrantes das equipes. Porém a questão da rotatividade de pessoal é uma situação que a gestão PEF não tem ingerência. Bem como a questão da liberação do IPNS, pois sua previsão e liberação orçamentária são da alçada da Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

O Incentivo ao Pré-Natal Seguro em Niterói, é concedido pela Prefeitura Municipal de Niterói. A fonte dos recursos deste Incentivo é do Orçamento Municipal, incluindo dotações orçamentárias e créditos adicionais. A gestão do programa é realizada pela Fundação Municipal de Saúde de Niterói, que no ano de 2024 utilizou mais de R\$500.000,00 em pagamentos de IPNS – de 2019 a 2024 foram 950 beneficiárias no PEF em todo o município.

Pontos Fracos do PEF



Pontos fortes mais citados em relação ao PEF



5. Considerações Finais

O monitoramento do PEF tem se mostrado fundamental para a sustentabilidade e a qualificação da iniciativa. Ele permite compreender o andamento da implantação e implementação, orienta ações de apoio às equipes e contribui para que o projeto se mantenha vivo, contextualizado e responsivo às necessidades das gestantes e das

comunidades atendidas. Lembramos, por exemplo, que o PEF tem indicadores relevantes como a queda do índice de Sífilis na Gestação e Sífilis Congênita tendo minimizado – com o cumprimento correto do Pré Natal, a realidade de disseminação de Infecção Sexual Transmissível (IST) – esse indicador de identificação do problema.

Esse foi o principal indicador social que fundamenta a atuação do PEF e os monitoramentos evidenciaram o empenho das equipes de saúde em identificar a (auto) negligência das mulheres gestantes com esse tema. Como sabemos, é um instrumento operacional para monitoramento da realidade social; apresenta-se eficaz para fins de formulação e reformulação de políticas públicas, no nosso caso, no campo de Saúde. É utilizado para fins de formulação e reformulação de políticas públicas, no caso da Saúde. Em um cenário de múltiplas vulnerabilidades, especialmente para mulheres e crianças, o monitoramento não é apenas uma técnica de gestão: é um compromisso com a vida.

A estratégia do monitoramento está traçada no Plano Municipal Participativo de 2022-2025 (NITERÓI (2022), na parte de metodologia do Plano Municipal de Saúde Participativo que coloca um dos seus principais resultados no 4º passo: “Elaboramos as metas e os indicadores para o monitoramento do seu cumprimento. Nesta etapa, também alinhamos cada meta aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 das Nações Unidas” (p. 58). Segundo, Pontes (2013) existe a necessidade de manter o monitoramento é evidente nas ações e nos processos dos Programas para que se possa realizar uma avaliação eficaz.

Foi com o monitoramento que verificou-se que havia unidades mais adiantadas que outras nas estratégias e trâmites administrativos e operacionais do PEF. E que nas poucas unidades menos avançadas era necessário fortalecer o processo. A apresentação dos resultados em fóruns possibilita o monitoramento, por parte do poder público e da sociedade civil.

A equipe do PEF, por meio dos monitoramentos viveram dois momentos importantes:

- Um primeiro momento nas unidades de Saúde de APS, pois promoviam discussões com as equipes locais que atuavam nos seus territórios, questionado desde ações objetivas às ações subjetivas, de modo que os profissionais se vissem na aplicação das estratégias de implantação e implementação de forma plausível. E ainda, a discussão como um incentivo a utilização dos conhecimentos adquiridos no Curso de Parentalidade da Finatec, que foi um diferencial nesse período.
- Num segundo momento como um instrumento operacional, como indicador de avaliação de políticas sociais para a Gestão do PEF e o PNCV. Ou seja, propor, segundo Jannuzzi (2013), uma avaliação como ferramenta de aperfeiçoamento do desenho e da gestão programática.

Concluindo, a equipe da Gestão do PEF que realizou os monitoramentos nas unidades de APS das seis regionais do município de Niterói, na medida do possível, se empenhou para evidenciar a experiência de um esforço institucional da FMS para demonstrar sem nenhuma dúvida a necessidade de manter uma política responsável de distribuição de renda, - justificando uma rubrica orçamentária criteriosa para o ano de 2025 (de gestão de recursos orçamentária, financeira e técnica). Para tanto, esse monitoramento fará parte de uma avaliação maior e mais fundamentada à medida que se desenvolva mais as macropolíticas do PMPV e PNCV no município.

6. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. ISBN 978-85-334-2649-8

COSTA, Jéssica E. M. da; BRASIL, Kátia T. A. *A violência no campo da parentalidade: um desafio da parentalidade para a saúde pública*. Revista Mundaú, 2024, n. 15, p.

269–292. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/revistamundau/article/view/17053/12072.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2025.

FURTADO, J. P.; VIEIRA, M. da C. *Avaliação e monitoramento em saúde: uma abordagem teórico-prática*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

JANNUZZI, Paulo M. *Sistema de monitoramento e avaliação de programas sociais: revisitando mitos e recolocando premissas para sua maior efetividade na gestão*. Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação, Brasília, v. 4, n. 5, 2013. Disponível em: <https://www.rbaval.org.br/article/10.4322/rbma201305002/pdf/1598015026-5-4.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2025.

MATUS, C. *Adeus, senhor presidente: governar é educar*. São Paulo: Fundap, 1991.

MINAYO, M. C. de S. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

NITERÓI. Decreto nº 13.378, 07 de novembro de 2019.

NITERÓI. Lei nº 3683, de 04 de janeiro de 2022.

NITERÓI. Lei Ordinária nº 3519, 06 de julho de 2020.

NITERÓI (2022). *Plano Municipal de Saúde Participativo, 2022-2025*. Disponível em: <https://saude.niteroi.rj.gov.br/wp-content/uploads/2025/01/pmsp2022-2025-versaofinal.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2025.

PONTES, Geysa. *Instrumentos para o monitoramento e avaliação das políticas e programas do Ministério da Educação*. Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação, v. 5, p. 142-159, 2013. Disponível em <https://rbaval.org.br/article/10.4322/rbma201305011/pdf/1598015026-5-142.pdf> Acesso em 18 mar. 2025

AS VIOLÊNCIAS CONTRA MULHERES E SEUS BEBÊS COMO EXPRESSÕES ESTRUTURAIS: UMA REVISÃO NARRATIVA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO CONTEXTO BRASILEIRO



Marcele Zveiter

1. Introdução

A partir de uma revisão narrativa de literatura o presente capítulo trata do tema das violências contra mulheres e seus bebês sob uma perspectiva histórica e estrutural. As raízes da violência atualmente disseminada em todos os setores sociais — inclusive no interior das famílias e das instituições de saúde — podem ser compreendidas à luz dos processos históricos de colonização, escravização e hierarquização social no Ocidente.

Aqui se inicia a análise com a invasão portuguesa da Ilha de Vera Cruz, cujas feitorias começaram a ser organizadas em 1503. Ao logo do século XVI a palavra Brasil se firmou como nome da terra invadida enquanto aumentava o número de pessoas escravizadas trazidas do continente africano. A escravização das populações indígenas e o tráfico humano transatlântico constituíram atividades econômicas lucrativas que forneceram mão de obra para diversos setores da economia como agricultura, mineração, diversas atividades urbanas e serviços domésticos. Foram aproximadamente quatro milhões de pessoas forçadas a deixar o continente africano que desembarcaram no Brasil entre o século XVI e meados do século XIX (IBGE, 2025). Essa é uma história de violência, exploração e desumanização que deixou marcas indeléveis na sociedade brasileira.

O Brasil trouxe mais de um terço de todas as pessoas escravizadas da África para as Américas, e importou bases do racismo científico que sustentaram práticas profundamente enraizadas na atuação dos profissionais de saúde ainda hoje. As intervenções técnicas sobre os corpos das mulheres escravizadas, especialmente no campo da ginecologia e obstetrícia, lançaram os fundamentos para as práticas contemporâneas de violência obstétrica. Seis séculos depois, o Brasil segue imerso em formas naturalizadas de violência institucional, com destaque para a violência obstétrica somada ao racismo obstétrico, que atingem de forma desproporcional mulheres negras, indígenas e seus bebês.

O objetivo geral desta investigação é analisar brevemente a estrutura da violência obstétrica no Brasil.

2. Metodologia

Este capítulo baseia-se em uma revisão narrativa de literatura, conforme proposto por Rother (2007), que implica na sistematização crítica de fontes científicas, institucionais e históricas, a partir da experiência e da interpretação da autora. Apesar das limitações desse tipo de revisão, como a impossibilidade de reprodutibilidade do percurso metodológico, essa abordagem permite integrar conhecimentos interdisciplinares e levantar novas questões para o campo da saúde coletiva, da bioética e dos estudos feministas e raciais.

As referências utilizadas incluem desde pesquisas históricas até pesquisas epidemiológicas, análises críticas e notícias atuais. Dentre os autores e fontes, destacam-se Leal et al. (2014, 2017), Washington (2008), Davis (2020), Wailoo (2018), Greenwood et al. (2020), Almeida (2019), entre outros.

3. Resultados

O racismo científico do século XIX deu o suporte ideológico e serviu de racionalização política para a dominação colonial e a opressão racial que continuam presentes, ainda que de forma menos explícita, nas instituições. Como estrutura organizadora da sociedade brasileira,

o racismo molda o funcionamento das instituições (ALMEIDA, 2019), incluindo o sistema de saúde, que reproduz desigualdades históricas no atendimento às mulheres negras e indígenas.

O termo violência obstétrica é utilizado para designar uma forma de violência baseada em gênero, que se funde com a violência contra as mulheres na gestação, no parto e no pós-parto. Por outro lado, o racismo obstétrico se localiza na interface do racismo dos profissionais de saúde, quando a raça da pessoa opera nas percepções do profissional de saúde, e da violência obstétrica (DAVIS, 2020).

Dados levantados em 2010 mostraram que uma em cada quatro mulheres brasileiras já sofreu violência obstétrica. Nesse levantamento as expressões mais frequentes de violência durante o parto foram gritos, execução de procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, ausência de analgesia e negligência (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO e SESC, 2010).

A Pesquisa Nascer no Brasil (LEAL et al., 2014), uma das mais abrangentes já realizadas sobre a assistência ao parto no país, revelou um panorama assombroso sobre a medicalização e a desigualdade racial no atendimento obstétrico. Os resultados mostraram que 45% das 23.894 mulheres participantes não foram informadas nem consultadas sobre procedimentos obstétricos durante o parto, o que configura uma grave violação da autonomia e dos direitos reprodutivos. Além disso, quando comparadas às mulheres brancas, as mulheres pretas e pardas têm os piores indicadores de acesso e qualidade no pré-natal, são mais submetidas a cesáreas desnecessárias e são as mais expostas a intervenções não consentidas e agressivas (LEAL et al., 2017), caracterizando o fenômeno conhecido como racismo obstétrico.

Um estudo brasileiro conduzido no Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde - Cidacs/Fiocruz Bahia- (REBOUÇAS et al, 2024) analisou uma base de dados de 23 milhões de nascidos entre 2012 e 2019. Neste trabalho, a identificação racial da pessoa gestante foi usada como indicador da presença do racismo, entendendo que as diferenças nos desfechos negativos entre crianças se devem às desigualdades sociais, já que raça é uma categoria socialmente

construída (COSTA, 2024). Entre gestantes indígenas a eliminação das desigualdades raciais poderia diminuir em mais de 60% os casos de óbito de recém-nascidos, baixo peso e de bebês pequenos para a idade gestacional ao nascimento, e provocar uma queda de 28% dos nascimentos prematuros. Os resultados para mulheres pretas e pardas indicam que poderiam ser evitadas mais de 40% das mortes ocorridas na primeira semana de vida, baixo peso e baixo peso para a idade gestacional ao nascimento, além de 18% de prematuridade. Um dos resultados que chama atenção é que mesmo mulheres de grupos raciais minoritários de maior escolaridade sofrem as consequências do racismo com desfechos negativos para os seus bebês. No geral, este estudo revela que 12% dos óbitos neonatais, o que corresponde a mais de 12 mil mortes de bebês na primeira semana de vida, poderiam ser evitados se não houvesse desigualdade racial.

Outro estudo, conduzido por pesquisadores da Universidade Federal de Santa Catarina e da Universidade Estadual de Campinas (GARRAFA et al., 2024) examinou a mortalidade materna entre mulheres indígenas brasileiras de 2015 a 2021, contrastando suas causas de morte com as de mulheres não indígenas. A pesquisa mostrou que as mulheres indígenas tiveram uma Razão de Mortalidade Materna – RMM - maior (115,14/100.000) do que mulheres não indígenas (66,92/100.000), consistentemente ao longo dos anos. As mulheres indígenas enfrentam taxas elevadas de mortalidade materna por todas as causas, principalmente devido à hemorragia pós-parto. Este é um dado relevante uma vez que no Brasil, entre 2014 e 2022, as mortes maternas causadas por hipertensão aumentaram, enquanto os óbitos por hemorragias graves e infecções tiveram baixa ou estabilidade (BESSA et al., 2023).

Para compreender a persistência dessas desigualdades, é necessário reconhecer suas raízes históricas. A medicina ocidental, frequentemente vista como neutra e universal, foi profundamente moldada por concepções raciais desde suas origens. Desde os estudos de anatomia racial no século XIX até as práticas experimentais não consentidas, a medicina construiu mitos sobre o corpo negro, justificando sua exploração e inferiorização. Essa herança se reflete hoje em vieses diagnósticos, abordagens desumanizantes

e negação da dor de pacientes negros, um padrão que é especialmente perverso na assistência obstétrica, em que mulheres negras frequentemente têm sua dor deslegitimada ou ignorada (WAILOO, 2018).

Na história da medicina estadunidense os registros deixados por J. Marion Sims, mostram com riqueza de detalhes como as mulheres negras escravizadas foram historicamente utilizadas como cobaias em experimentos médicos, muitas vezes sem anestesia ou consentimento, especialmente em práticas ginecológicas fundadoras da obstetrícia moderna (WASHINGTON, 2008). Embora o contexto seja norte-americano, há paralelos evidentes com a experiência de mulheres negras escravizadas no Brasil, que também foram submetidas a práticas brutais sob a justificativa de “avanço científico” ou “cuidado”.

Essas práticas não estão restritas à teoria ou ao passado, elas se manifestam em abordagens invasivas, desumanizantes e autoritárias, frequentemente naturalizadas no cotidiano das instituições de saúde. No Brasil, os dados epidemiológicos sobre violência obstétrica somada ao racismo obstétrico são fortalecidos por experiências de denúncia coletiva e ciberativismo de mães (SENA; TESSER, 2017), e por análises institucionais que revelam a omissão de políticas efetivas de combate a essa violência, como aponta a Lei 4.914/2022 do município de Macaé, no estado do Rio de Janeiro.

Assim, os dados bioestatísticos atuais e as análises históricas desvelam o racismo como uma estrutura que exige enfrentamento ético, político e institucional. A superação da violência obstétrica e do racismo obstétrico exigem, portanto, não apenas reformas administrativas ou melhorias técnicas, mas uma transformação radical das relações de poder, conhecimento e cuidado na saúde.

4. Discussão

Os dados apresentados nos resultados desta revisão demonstram que a violência obstétrica é um fenômeno estrutural, atravessado por relações de poder, raça, classe e gênero, que historicamente se

organizaram para controlar os corpos das mulheres, especialmente as negras e indígenas.

No dia 16 de novembro de 2002 morreu Alyne da Silva Pimentel Teixeira, uma mulher negra, com 28 anos de idade, mãe de uma criança de 5 anos, casada, que estava no sexto mês de gravidez. Quatro dias antes do óbito, a gestante procurou o Hospital de Belford Roxo, município do estado do Rio de Janeiro, com quadro de náusea e fortes dores abdominais. Neste serviço, ela recebeu a prescrição de analgésico e, sem realização de qualquer exame laboratorial ou de ultrassonografia, foi liberada para sua casa. Dias depois, com piora do estado de saúde, Alyne voltou àquela unidade e recebeu o diagnóstico de óbito fetal. Com horas de espera e parto induzido sem sucesso, foi submetida à curetagem para remoção dos restos placentários. Durante a internação houve agravamento do quadro e transferência para o Hospital Geral de Nova Iguaçu, também no estado do Rio de Janeiro, após oito horas de espera. Alyne entrou em coma e, na transferência, seu prontuário ficou retido. Após o óbito, a mãe da Alyne foi informada na primeira unidade hospitalar que o óbito fetal havia ocorrido há dias. Em novembro de 2007, o caso foi apresentado à Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres – Cedaw –, órgão ligado à ONU, pela mãe de Alyne. Em 2011, o comitê emitiu condenação ao Brasil por não prestar atendimento adequado desde o início das complicações da gestação, determinou indenização para a família e recomendou políticas para melhoria do atendimento a gestantes pelo serviço público de saúde. Para o Cedaw, a assistência à saúde e ao ciclo reprodutivo é um direito básico da mulher e a falta dessa assistência estabelece discriminação, por ser questão exclusiva da saúde e da integridade física feminina. Em 2014, o governo federal indenizou a mãe de Alyne e entregou um certificado que reconhece a responsabilidade do Estado na morte da gestante. Dando prosseguimento ao desenrolar deste caso, em 12 de setembro de 2024, o Governo Federal lançou a Rede Alyne, como estratégia de reestruturação da antiga Rede Cegonha, que tem o objetivo de reduzir a mortalidade materna geral em 25% e

diminuir a mortalidade materna de mulheres negras em 50% até 2027. (BRASIL, 2013; BRASIL, 2024)

Mais um caso recente e impactante, foi a morte da indígena Yapê Rê Anambé Guajajara, de 17 anos de idade, na 41ª semana da sua primeira gestação. No dia 17 de junho de 2025 Yapê foi internada no Hospital Materno-Infantil de Marabá – HMIB -, no estado do Pará, com quadro hipertensivo leve, segundo a gestão do hospital. A decisão médica foi induzir o parto, mas após o nascimento do bebê, Yapê evoluiu para eclâmpsia, hemorragia e duas paradas cardiorrespiratórias. Na sequência foi realizada a transferência para o Hospital Regional do Sul e Sudeste do Pará com internação em Unidade de Tratamento Intensivo, porém seis dias depois do parto Yapê faleceu. A família alega que não houve permissão para usarem celulares e registrarem as condições precárias de atendimento na primeira unidade hospitalar, além disso não houve exame de necropsia pelo Instituto Médico Legal. Os registros do Grupo de Litígio Estratégico Internacional da Defensoria Pública do Estado do Pará revelam que, entre 2015 e 2024, foram registrados 61 casos de violência obstétrica e neonatal, além de episódios recorrentes de negligência hospitalar no HMIB. O caso está sendo investigado pela Polícia Civil de Marabá. (G1 PARÁ, 2025)

A naturalização da violência durante o parto e a medicalização abusiva, frequentemente justificadas pela saúde do bebê, estão associadas a uma cultura institucional que nega a subjetividade das mulheres e minimiza os impactos do sofrimento psíquico e físico causado pelas práticas obstétricas invasivas. Ao mesmo tempo, a aceitação passiva dessas violências, muitas vezes reforçada por discursos religiosos e pela mídia (ARTICULADAS, 2021), contribui para a manutenção de um ciclo de abusos e silenciamentos.

Voltando aos dados das pesquisas brasileiras (LEAL et al., 2014; REBOUÇAS et al. 2024), há uma relação com as pesquisas internacionais sobre as desigualdades raciais na assistência obstétrica. O estudo de Greenwood et al. (2020), analisou a mortalidade neonatal nos Estados Unidos da América e evidenciou que recém-nascidos negros têm três vezes mais chances de morrer sob cuidados de médicos brancos

do que sob cuidados de médicos negros. A pesquisa sugere que a concordância racial entre paciente e profissional de saúde pode reduzir significativamente as disparidades de mortalidade, apontando para um problema estrutural de confiança, escuta, empatia e preconceito implícito no atendimento. Esses achados constituem um alerta sobre o papel da empatia racializada na qualidade da atenção em saúde e confirmam que o racismo institucional não apenas prejudica a experiência de cuidado, mas tira vidas, inclusive de bebês.

Esse cenário demanda uma revisão crítica da formação profissional em saúde, da gestão dos serviços e, principalmente, da cultura institucional que sustenta práticas desumanizantes como normais. A gratidão das mulheres por um bebê nascido com vida, frequentemente usada como justificativa para silenciar denúncias de maus-tratos, é resultado de um ciclo perverso de submissão, naturalização da violência e silenciamento.

A negação da dor, a exclusão das decisões e a infantilização das mulheres durante o parto são expressões atuais de uma longa história de objetificação. O racismo não é uma abstração moral: ele mata, inclusive na sala de parto. Esse dado impõe a necessidade de responsabilização institucional e profissional, e de transformação dos currículos das áreas da saúde (GREENWOOD et al., 2020).

5. Considerações finais

A assistência obstétrica precisa ser antirracista, feminista e humanizada, com base na escuta, na informação acessível, no respeito à autonomia e na valorização dos saberes das mulheres. Esse processo exige enfrentamento político, formação ética, práticas de cuidado culturalmente sensíveis e engajamento ativo de profissionais como sujeitos transformadores.

Também é necessário afirmar que a violência obstétrica estabelece uma violação de direitos humanos, e não pode ser relativizada por argumentos técnicos ou culturais. A responsabilização dos profissionais e instituições é um passo urgente e inadiável, mas não suficiente. É

preciso ir além da punição individual e construir políticas públicas baseadas na equidade racial e de gênero, fortalecendo a escuta das mulheres e o protagonismo dos movimentos sociais, especialmente os compostos por mulheres negras, indígenas e periféricas.

Por fim, é imprescindível que profissionais de saúde, equipe médica e de enfermagem, gestores, docentes, reconheçam-se como parte do problema e do processo histórico que deu origem às desigualdades que hoje reproduzem. Apenas a partir desse reconhecimento será possível construir práticas de cuidado verdadeiramente éticas, justas e humanas.

6. Referências

ALMEIDA, Silvio Luiz de. *Racismo estrutural*. São Paulo - SP: Pólen, 2019. 264 p. (Coleção Feminismos Plurais / coord. Djamila Ribeiro). Disponível em: <https://sites.ufpe.br/enegrecer/wp-content/uploads/sites/146/2023/01/ALMEIDA-Silvio-Racismo-estrutural-Livro-2019.pdf> . Acesso em: 01 mai. 2025

ARTICULADAS. Mulheres, resistências e o marco da violência institucional. Editorial. *Articuladas*, n. 1, p. 8 – 10, 2021. Disponível em: <https://articuladas.org.br/downloads> Acesso em: 01 mai. 2025.

BESSA, Raylayne. *et al*. Mortalidade materna: causas e caminhos para o enfrentamento. *Olhar IEPS*. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde - IEPS, [S. l.], n. 4, 14 mar. 2023. Disponível em: <https://ieps.org.br/olhar-ieps-04/> . Acesso em: 08 jul. 2025.

BRASIL. Senado Federal. *Entenda o caso Alyne*. Agência Senado. 2013. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2013/11/14/entenda-o-caso-alyne> . Acesso em: 08 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Rede Alyne: conheça a história da jovem negra que deu nome ao novo programa de cuidado integral à gestante e bebê*. Assistência em Saúde. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/setembro/rede-alyne-conheca-a-historia-da-jovem-negra-que-deu-nome-ao-novo-programa-de-cuidado-integral-a-gestante-e-bebe> . Acesso em: 08 jul. 2025.

COSTA, Larissa. *Fim da desigualdade racial evitaria parte das mortes neonatais no Brasil*. Fiocruz. 2024. Disponível em: <https://fiocruz.br/noticia/2024/11/fim-da-desigualdade-racial-evitaria-parte-das-mortes-neonatais-no-brasil> . Acesso em: 01 jun. 2025.

DAVIS, Dána-Ain. Racismo Obstétrico: a política racial da gravidez, do parto e do nascimento. *Amazônica. Revista de Antropologia*. v. 12, n. 2, p. 751 – 778, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.18542/amazonica.v12i2.9194>

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO e SESC – Serviço Social do Comércio. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*. Disponível em: https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf. Acesso em 01 jun. 2025.

GARRAFA, Julia Lopes. et al. Maternal deaths among Brazilian indigenous women—Analysis from 2015 to 2021. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. v. 167, p.: 612-618, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijgo.15607>

G1 PARÁ. *Índigena de 17 anos morre após parto induzido em hospital público de Marabá, no Pará*. G1. Belém. 26 jun. 2025. Disponível em: <https://g1.globo.com/pa/para/noticia/2025/06/25/indigena-de-17-anos-morre-apos-parto-induzido-em-hospital-publico-de-maraba-no-para.ghtml>. Acesso em: 6 jul. 2025.

GREENWOOD, Brad N. et al. Physician–patient racial concordance and disparities in birthing mortality for newborns. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, v. 117, n. 35, p. 21194–21200, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1073/pnas.1913405117>.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Território brasileiro e povoamento – negros*. IBGE, 2025. Disponível em: <https://brasil500anos.ibge.gov.br/territorio-brasileiro-e-povoamento/negros.html#:~:text=Presen%C3%A7a%20negra,%C3%A9%20exatamente%20para%20ser%20comemorada>. Acesso em: 6 jul. 2025.

LEAL, Maria do Carmo et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, e00078816, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>

LEAL, Maria do Carmo et al. *Sumário executivo temático da pesquisa Nascer no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-0707201600003570014>.

REBOUÇAS, Poliana et al. Ethno-racial inequalities on adverse birth and neonatal outcomes: a nationwide, retrospective cohort study of 21 million Brazilian newborns. *The Lancet Regional Health - Americas* 2024;37: 100833. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100833>

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v–vi, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>

SENA, Ligia Moreira; TESSER, Charles Dalcanale. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Interface*, v. 21, n. 60, p. 209–220, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/5yYdGTkjmRqRXnFJX6xfpk/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 02 jul. 2025.

WAILOO, Keith. *Historical aspects of race and medicine: The Case of J. Marion Sims*. JAMA, v. 320, n. 15, p. 1529–1530, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2018.11944>

WASHINGTON, Harriet A. *Medical apartheid: the dark history of medical experimentation on Black Americans*. New York: Anchor Books, 2008. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2575876/> Acesso em: 02 jul. 2025.

A ESCUTA EM PSICANÁLISE: CONTRIBUIÇÕES ÀS AÇÕES MULTIPROFISSIONAIS EM PERINATALIDADE E PARENTALIDADE



Maria Fernanda Campos Gonçalves

Cintia Lobato

Daniela Scheinkman

Mas, em todos os casos, deve-se deixar que o paciente fale e ele deve ser livre para escolher de onde começá-lo (Freud, 1912, p. 149)

1. A Escuta como ofício

A importância da escuta atravessa todo pensamento clínico e teórico de Freud, fundador da Psicanálise. Ao dar cada vez mais espaço para que suas pacientes, à época, pudessem dizer livremente daquilo que as fazia sofrer, o autor pôde construir o que chamou de metapsicologia, conceitos estes que fundamentaram a sua vigorosa prática clínica. A psicanálise surge, portanto, da escuta e, a partir desta se propõe a exercer o ofício de escutar de forma dedicada e única.

Freud (1976) recomendou que o médico demonstrasse um sério interesse pelo paciente colocando-se aberto e incentivador, transparecendo uma postura jamais indiferente, ao contrário, valorizando até mesmo aquilo que parece menos importante no dizer do outro. Enfatizou ainda, a relevância de mostrar alguma solidariedade, ou seja, manifestar atenção e zelo àqueles atendidos.

Em seu famoso livro “Fundamentos da Técnica Psicanalítica”, Fink (2017) reitera que a primeira incumbência da psicanálise é escutar a pessoa de uma maneira que ela nunca fora ouvida. A isso ele chama de escutar cuidadosamente, afastando-se da tendência humana de

tentar uma rápida compreensão do dito do outro. O autor também nos adverte a não fazer uso de uma escuta autocentrada e focalizada em experiências próprias, pois isso nos impele ao 'pré-conceito' e suprime o protagonismo da pessoa ali ouvida.

Ainda neste sentido, cabe ressaltar que escutar para a psicanálise é um ato que se propõe a ir além daquilo que é dito em palavras, é colocar luz sob a singularidade de cada um, em todos os sentidos, isentando-se de julgamento moral. A escuta psicanalítica não garante expectativas irreais de cura e compromete-se com aquele que está, de alguma maneira, em sofrimento (Fink, 2017). De forma similar, outras profissões podem se colocar à serviço da escuta, não a psicanalítica, mas aquela voltada verdadeiramente para o que emerge da fala do sujeito, respeitando sempre sua alteridade, possibilitando assim, como consequência, benefícios terapêuticos.

Sobre a escuta singular da parentalidade no tempo da perinatalidade, é possível perceber nos discursos clínicos contemporâneos o quanto os integrantes de uma família muitas vezes se apresentam vulneráveis psiquicamente diante da chegada de um bebê. São vulnerabilidades advindas de uma multiplicidade de realidades econômicas, sociais e culturais, além das normas sociais impostas às mulheres e às famílias visando indicar uma forma "correta" de ser mãe/pai/avô/avó.

Considerando as diferentes perspectivas teóricas sobre a conjugalidade, não existe um modelo único de família, mas um conjunto de diferentes famílias (Roudinesco, 2022). Em relação a assunção à parentalidade e o período perinatal, Missonier (2009) refere-se a este momento como um processo de desenvolvimento centrado desde o início da concepção e gestação (embrião/feto) até o bebê, tendo os pais e a família como atores principais. Tal etapa marca aquilo que é da ordem da emergência e não é algo banal em nenhuma cultura humana até hoje avistada. Logo, aparece para aqueles que lidam com sujeitos pais e mães (ou quem ocupe essas funções), a necessidade de cuidados e escuta atenta.

O presente capítulo é fruto do material produzido a partir de uma atuação norteada pela psicanálise com participantes do Programa

Escola da Família – Pacto Niterói Contra a Violência, e de um profundo interesse pela temática da parentalidade e perinatalidade. A curiosidade em compreender as relações parentais na atualidade, a vulnerabilidade psicológica da mãe e da família no ciclo gravídico-puerperal (gestação-parto-puerpério), o debate entre o que se considera normal e/ou patológico neste campo, foi o que norteou a escrita deste material. Ampliamos a possibilidade de escuta para outras áreas envolvidas no cuidado, levando assim novas possibilidades a outros profissionais. Poder estender algumas técnicas da psicanálise (dentro do possível) à diversas áreas de atuação – neste caso, assistentes sociais, enfermeiros, médicos, técnicos, agentes comunitários, entre outros, da Prefeitura de Niterói – é de enorme valia para qualquer agente de atenção e cuidado que priorize a humanização do atendimento.

Os profissionais da saúde e a sociedade como um todo ainda encontram dificuldade em se aproximar dessa experiência humana muito peculiar, que é a vivência do tempo perinatal. A força de uma cultura de idealização do período perinatal ainda prevalece. O ideal materno se apresenta nas falas dos profissionais, dos familiares, nas redes sociais, nas lojas de bebê etc. Refletir sobre o tempo da perinatalidade é imprescindível se quisermos compreender o modo como a experiência da chegada de um/a filho/a, vivida no um a um – e também reverberada no tecido social – chega até nossos consultórios e instituições, com modos de sofrer próprios. É abrindo espaço para um caminho de “fala-ação” que se faz possível tecer algo daquilo que, para muitos, é indizível.

2. Função materna/paterna e as diversas dinâmicas familiares na perinatalidade

O ciclo gravídico-puerperal (gestação-parto-puerpério) é aquele que entendemos como o tempo da perinatalidade. Não diz respeito a um tempo biológico ou cronológico específico, delimitado a dias e meses no calendário gestacional, mas um tempo psicológico, subjetivo, próprio a cada sujeito, que é atravessado em seu corpo e em seu psiquismo pelo anúncio de uma nova vida.

Diferentes áreas de estudo, sobretudo a partir dos anos 70, dirigiram seu interesse para a observação do recém-nascido, principalmente em sua interação com a figura materna. Desde o nascimento, já nas primeiras horas de vida, o bebê está ativo na construção do laço afetivo com a mãe (MATOS et al., 2017).

Como bem resume Aulagnier (1999), a experiência perinatal se relaciona com a inter e transgeracionalidade, na medida em que o ser que chega ao mundo precisa ocupar um lugar no desejo dos pais (cuidadores). É necessário dar a esta criança um berço psíquico e compreender como ela adentra na família e compõe o discurso de quem a recebe. Neste sentido, Zornig (2010, p. 462) aponta:

O nascimento de um filho implica uma dupla dimensão: para que uma bebê sobreviva física e psiquicamente, é necessário inscrevê-lo em uma história familiar e transgeracional. No entanto, a dimensão ascendente da transmissão (filhos-pais) é igualmente fundamental, pois só o reconhecimento do filho em sua diferença permite aos pais construir uma relação com a marca do novo e da criatividade, indo além de uma repetição do passado e permitindo que o bebê se aproprie das marcas e inscrições de sua história relacional inicial.

A transmissão psíquica se faz fundamental à constituição do sujeito, e se dá através da linguagem, dos significantes que determinarão uma ordem simbólica para o infans através dos diferentes discursos que perpassam as gerações nas figuras dos pais desse novo ser que está se constituindo. Winnicott (1963), refere-se à Mãe-Ambiente, portadora da “preocupação materna primária” e de imagens próprias a cada cultura. Em “Introdução ao Narcisismo”, Freud (1914) afirma que o indivíduo é o escravo, o beneficiário e o herdeiro de uma cadeia intersubjetiva.

Autores como Stern (1997) e Bydlowski (2002) teorizaram sobre o tornar-se mãe. Para eles, o aspecto biológico, por si só, não é suficiente para dizer de um processo tão complexo como a experiência da maternidade. Tornar-se mãe envolve também questões sociais e psíquicas, além da influência de todo um contexto histórico e cultural. Em desencontro com o que a pressão social impõe, a maternidade extrapola o nascimento de

um filho. Ser mãe ocorre não só no corpo, mas também na subjetividade, processo esse demarcado por uma construção de relações, onde nada está dado de pronto, nem mesmo o amor.

A psicanálise não se furta a pensar as incidências do contexto histórico na clínica e na cultura. Sobre a construção familiar contemporânea, Kehl (2023) nos indica que a família nuclear “normal”, monogâmica, patriarcal e endogâmica de meados do século XIX e início do século XX está em declínio e que, a cada novo censo demográfico, percebemos novas configurações familiares. Levando isso em consideração, Roudinesco (2002) constatou que a família ocidental está sujeita ao que chamou de “desordem”, termo utilizado para ilustrar a queda da figura paterna e a ascensão de novas e várias formas de se comporem famílias. Como sustenta Rosa et.al (2016, p. 211):

Ser pai ou ser mãe, na atualidade, independe do casamento ou até mesmo da união consensual. Sendo assim, deparamos com as famílias monoparentais, nas quais um pai ou uma mãe cria sozinho (a) um filho; com as famílias pluriparentais, que trazem à tona a distinção entre a concepção, de ordem biológica, e a filiação, de ordem social e afetiva; e, por fim, com as famílias homoparentais.

Sobre as funções parentais, é preciso um processo ativo e psicologicamente dinâmico para que os papéis familiares sejam ocupados (GARRAFA, 2020). Com a chegada de um novo ser, os membros de uma família assumem novas posições. Entretanto, não são a concepção e nem a consanguineidade que garantem esta posição.

A função materna está intimamente ligada à constituição da subjetividade daquele que nasce. Como função materna, entende-se algo além do cuidado propriamente dito, ainda que este seja fundamental, mas da entrada no simbólico através do discurso (Garrafa, 2020). Em relação à função paterna, cabe a quem exerce esta função, de certo modo, proporcionar uma barra, algo que faça furo e interdição à relação mãe e filho, dando espaço para a construção de uma relação triangular (FARIA, 2019).

Está nos deveres legais que os pais assumam os cuidados sobre a prole, porém cabe dizer que estes cuidados estão intrinsecamente

demarcados pela diferença de gênero na nossa cultura ocidental. Os valores sociais são por vezes tão imperiosos que atravessam desejos e forjam subjetividades. Apesar de alguns avanços no que concerne ao papel do que é e faz um pai, ainda institue-se à mulher o lugar de cuidado e responsabilidade precípuos sobre aqueles que chegam ao mundo. Qualquer interação diferente de uma abdicação completa, ou mesmo mulheres que não querem se dispor ao exercício da maternidade, são vistas como anormais, fora da correta ordem social. Badinter (1985, p. 15) ilustra que “Uma mulher é feita para ser mãe, e mais, uma boa mãe. Toda exceção à norma será necessariamente analisada em termos de exceções patológicas. A mãe indiferente é um desafio lançado à natureza, a a-normal por excelência”.

Existem diversas formas de compor e exercer a parentalidade. Fatores sociais, psíquicos e culturais podem facilitar ou dificultar a construção e criação de vínculos entre as famílias e seus *infans*. No trajeto das ditas funções sociais, as expectativas quanto ao comportamento da mãe/pai atravessam muitos caminhos até chegarem ao objetivo final de cuidado e comprometimento. Revisitar papéis sociais e reafirmar as diferentes configurações familiares é de extrema importância para a criação de políticas efetivas que direcionem o olhar à parentalidade e suas questões.

3. Parentalidade/perinatalidade em contextos de vulnerabilidade econômica e social

Em nossa época e cultura, o tempo perinatal adquiriu contornos bastante específicos. Há por parte da sociedade enormes expectativas e idealizações em torno da experiência de gestar e parir, por fatores próprios deste momento histórico. As estatísticas apontam que as pessoas têm cada vez menos filhos no Brasil. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2025), o país registra uma média de 1,6 filho por mulher, abaixo da taxa de reposição populacional, que seria de 2,1 filhos, batendo a menor taxa de nascimento da história do Brasil desde 1974. Cabe ressaltar que o déficit demográfico em alguns países prometem efeitos desastrosos para um futuro breve.

Ao mesmo tempo, tem-se filhos cada vez mais tarde, graças a fatores como mudanças no mercado de trabalho – com maior e crescente participação feminina –, mais acesso à métodos contraceptivos, desenvolvimento progressivo das tecnologias reprodutivas etc, permitindo às pessoas adiarem ao máximo, enquanto desenvolvem e experienciam outros aspectos da vida, a vivência da maternidade e/ou paternidade. Nascem menos crianças e com pais de cada vez mais idade. O edifício da expectativa só aumenta de tamanho.

Para outra parte da população, entretanto, aquela com menos acesso aos bens materiais e culturais, os excluídos do capitalismo vibrante, os pobres, os pretos, os periféricos globais, a reprodução de corpos adquiriu contornos de uma experiência indesejável, um estorvo com o qual as sociedades “bem sucedidas” são obrigadas a lidar, enquanto não encontram modos mais eficazes de expropriação desses corpos:

corpos de mulheres pobre, negras, periférias ou trans não são tratados da mesma forma que corpos de mulheres ricas e brancas e cis, embora em algum nível ambos estejam submetidos à dupla cena traumática: do encontro com o real e do encontro com a violência culturalmente naturalizada. (IACONELLI, 2020, p. 85)

Freud (1895), em seu texto “Projeto para uma psicologia científica”, descreve o desamparo fundamental do ser humano. O recém-nascido necessita de um adulto, que corresponda às suas necessidades e atenda aos seus apelos, para se manter vivo. É a partir da condição desamparada que o bebê, estabelecendo uma relação com um cuidador, pode se humanizar. Em se tratando de populações que vivem condições adversas, sobretudo no que concerne aos cuidados com a prole, temos além do desamparo estrutural, esperado para o bebê vindouro, uma condição de vulnerabilidade, sobretudo da mãe, que sendo de ordem social, afeta a constituição subjetiva do *infans*. Diante do exposto, cabe questionar: quem cuida daqueles que não dispõem de recursos financeiros, econômicos-sociais e outros meios para exercer a parentalidade com dignidade?

Winnicott (1963) enfatiza a importância de um lar de qualidade, suficientemente bom, para as crianças, principalmente em condições econômico-sociais mais inseguras. É com os pais ou cuidadores que os pequenos precisam estar, mesmo em situações adversas. Porém, cabe ressaltar a importância de prover tais famílias desassistidas. Isto se ilustra nesta passagem:

[...] nossa atenção deve estar sobretudo voltada à provisão, para o comum dos lares, de condições básicas de habitação, alimento, vestuário, educação, recreação e de algo que se poderia chamar alimento cultural. [...], quando o lar é suficientemente bom, é ele o melhor lugar para a criança se desenvolver. A maioria das crianças perturbadas sofre em decorrência de fatores internos, distúrbios do desenvolvimento emocional do indivíduo que têm como raiz o fato de a vida ser naturalmente difícil. Essas perturbações podem ser tratadas enquanto a criança permanece em casa. (WINNICOTT, 1963, p. 113-114)

Observamos, com frequência, a estigmatização das populações socialmente fragilizadas em relação à capacidade de fornecer cuidados aos seus filhos, mas é principalmente sobre as mulheres, na figura da mãe, que incide grande parte da responsabilização por qualquer falha e, em se tratando de uma mãe pobre, esta imputação é ainda mais severa (BADINTER, 1985).

Apostando em outro olhar em relação aos arranjos sociais e históricos que compõe a maternidade, para mulheres pretas e pobres, Lôbo e Souza apontam que, maternar relaciona-se a resistência, com a luta por um gestar desejado/autorizado. Poder ser mãe em um contexto tão opressivo configura-se como uma reivindicação histórica, por um passado escravocrata e de violência sexual. Existe um movimento de luta por mulheres negras em reivindicação por igualdade social. Assim, segundo as autoras, cabe assinalar:

A maternidade no contexto das mulheres negras é um elemento que se relaciona a resistência... reconhecer a incidência das opressões de maneira interseccional, considerando os fatores de gênero, raça,

classe dentro do contexto da maternidade/maternagem nos permite ativar e romper com a lógica da violência e silenciamento do processo colonial. (2019, p. 14)

Torna-se evidente, portanto, que a experiência da parentalidade é determinada por fatores de classe, raça e gênero (Iaconelli, 2023). É sabido que o período da perinatalidade de comunidades socialmente desfavorecidas é considerado uma questão de saúde pública, visto que o acesso da população brasileira às medidas de suporte à perinatalidade são escassos em territórios desassistidos.

Por fim, a maior parte das residências no país é chefiada por mulheres. Em 2023, 40,2 milhões de domicílios tinham como responsável uma mulher (Brasil, 2025). Esse modelo de maternidade evidencia que além do trabalho doméstico e de cuidado com a prole, da culpa e do imposto dever sagrado de ser mãe, é preciso percorrer um longo e tortuoso caminho em direção a uma estrutura mais justa nas configurações parentais.

4. Daquilo que se escuta em um projeto destinado à perinatalidade – Projeto de formação parental e seus efeitos

Como relato de uma experiência de atuação com equipes de atenção primária em saúde e educação da Prefeitura de Niterói, realizamos roda de conversa e compartilhamento de conteúdos reflexivos voltados para a desconstrução de crenças e mitos relacionados à experiência da perinatalidade e parentalidade, e ao mesmo tempo a escuta e troca de vivências sobre temas importantes como a ambivalência materna, questões sociais, novos modelos de família, a importância dos vínculos para a constituição subjetiva, o reconhecimento das violências que podem afetar as relações familiares etc.

Cabe aos agentes e atores que gravitam ao redor do processo da perinatalidade e parentalidade nos aparatos e instituições do Estado a capacidade de olhar para esses fenômenos de modo menos simplista e autoritário – como donos da verdade e do saber – suportando as contradições

e complexidades do humano, sem minimizar ou inviabilizar, entretanto, a capacidade profissional de cada técnico ao atuar com este público.

Oferecer um espaço de acolhimento emocional durante o ciclo gravídico puerperal é uma forma de promover saúde mental perinatal e também de prevenir sofrimentos psíquicos. Reunimos alguns depoimentos que emergiram das trocas e discussões acontecidas entre os técnicos formados pelo projeto. Demandas como ansiedade na gestação, criação de vínculo com o bebê, medo do parto, solidão materna, entre outros, comuns às gestantes e suas famílias, puderam surgir também das equipes de cuidado:

Foi interessante saber disso, da ambiguidade do amor de uma mãe, porque mesmo uma boa mãe, ela sempre vai ter momentos assim de raiva, cansaço né, ela vai pensar porque resolveu ter aquele filho... isso não significa que vai ser uma mãe pior ou melhor... (A., enfermeira – Prefeitura de Niterói)

Figuras importantes nos cuidados com os bebês e crianças na nossa cultura, têm-se as avós, que inúmeras vezes ganham papel de destaque por participarem ativamente da gestação e criação dos pequeninos (GUIRADO; MOTTA, 2020).

[...] a gente fala muito de mãe e pai, mas a maior parte dessas gestantes que chegam até nós no pré-natal vem com suas mães, não com seus companheiros ou namorados. Então eu vejo assim um papel enorme dessa vó no processo perinatal, elas estão muito presentes. Por isso é bom ouvir vocês trazerem isso de que qualquer um na família pode cuidar, sem prejuízo para o bebê. A gente fica achando que aquele modelinho de família tradicional é o certo, o melhor..., mas não tem isso de melhor né” (B., médica – Prefeitura de Niterói)

A maioria das práticas de atenção e cuidados à gravidez concentra-se na figura da gestante ou, em alguns casos, no casal enquanto unidade parental. Poder estender esses ritos a outros integrantes da família, bem como aos profissionais que atuam diretamente na parentalidade e perinatalidade pode ser de grande importância para o fortalecimento do vínculo mãe-bebê, melhoria da qualidade de vida das famílias e

desenvolvimento de uma escuta compreensiva e ativa por parte dos agentes de saúde. Essa escuta, no entanto, não se dá apenas por meio de técnicas, mas se constrói na abertura ao outro, na criação de um espaço de acolhida e confiança. Muitas vezes é a disponibilidade genuína para ouvir que permite que as histórias, antes silenciadas, venham à tona:

Às vezes as pessoas chegam até nós sem ter muito o que dizer, a gente pergunta, eles respondem pouco, mas você vê que tem algo ali que não é dito, que tá preso, aí quando a gente se abre um pouco, mostra que ali é um espaço que a pessoa pode se sentir à vontade pra falar, ali as coisas começam a fluir, as histórias aparecem, as vezes histórias de violência e abandono, de medo, mas também histórias de força e desejo pelo filho... escutar essas pessoas é muito importante, porque ninguém as escuta. (C., psicólogo – Prefeitura de Niterói)

5. Estratégias de mediação profissional – ampliando a escuta para outros saberes

Em “Análise terminável e interminável”, Freud (1937) escreve sobre os efeitos de uma escuta clínica. A análise é terminável referindo-se à capacidade de escuta do analista, mas interminável quando aponta para a competência do paciente em escutar a si mesmo. O processo analítico é responsável por fornecer instrumentos ao sujeito para que ele possa se escutar e fazer uso deste recurso como promoção de saúde psíquica.

Ampliar a escuta em psicanálise significa reconhecer que a clínica não se dá isoladamente, mas atravessa contextos sociais, históricos e institucionais que influenciam as pessoas e seu entorno. Organizamo-nos como sociedade em núcleos familiares e sociais e, neste sentido, o impacto da saúde física e mental de uma pessoa reverbera em inúmeras outras ou até mesmo em toda uma comunidade.

O conceito de clínica ampliada, debatido por Ferreira (2019), surge no final da década de 70 e diz respeito à entrada de profissionais com referência psicanalítica em hospitais, instituições psiquiátricas e mais tarde nos Caps. Esta perspectiva remontava ao formato tradicional de atendimento em psicanálise, que se utilizava do divã, ao mesmo tempo que rompia com

a tradição clínica médica de um olhar voltado para a psicopatologia e o diagnóstico, pouco considerando as questões para além da doença.

Na clínica ampliada há abertura para as trocas entre áreas, um relacionamento mais próximo com as pessoas atendidas, além da possibilidade de soluções conjuntas para as demandas de cada caso. Em geral, nos ambientes de cuidado, a atuação por parte de diferentes especialidades parece estar pautada em protocolos e manuais de orientação, por muitas vezes enrijecidos. Talvez este seja um dos grandes impasses para que a escuta possa ser incorporada a outros locais e saberes.

Um psicanalista que atua na esfera institucional, encontra um *setting* quase irreconhecível quando comparado ao consultório tradicional (MACHADO; CHATELARD, 2013) e a falta de salas para atendimento, ocorrendo o atendimento muitas vezes nos corredores, a ausência do divã, a temporalidade diferenciada do atendimento, tudo isso aponta para a necessidade criativa do analista, fundamentado rigorosamente no saber psicanalítico para inventar meios para a instauração dos dispositivos psicanalíticos nesse espaço. Nesse sentido, “a ideia de que o que legitima o trabalho analítico na instituição é o próprio psicanalista, que deve sustentar a existência do inconsciente a partir dos próprios dispositivos psicanalíticos” (MACHADO; CHATELARD, 2013, p. 149).

Ao escutar cada um de forma única, a psicanálise rompe com a ideia de fornecer respostas prontas para o sintoma e aponta para a transferência, que, segundo Freud (1912), seria indispensável para o tratamento. No processo transferencial, o paciente transfere algo do seu sistema complexivo para o médico. Emoções, que originalmente estavam associadas a figuras importantes em sua vida, podem ser direcionadas ao analista. A transferência, nesse sentido, é a repetição inconsciente de vínculos afetivos primitivos na relação terapêutica, o que permite que tais experiências sejam ressignificadas no presente.

É importante mencionar que, no que diz respeito à parentalidade, o cruzamento de conhecimentos se coloca como imprescindível na medida em que, ainda no desejo (ou não) de ter filhos, bem como na gestação e pós-parto, muitas intercorrências podem ser observadas. Prematuridade fetal, morte do feto, o processo de tecitura das primeiras relações com

o bebê e outras tantas. Dar um lugar a essas angústias no discurso é um trabalho coletivo e não apenas do profissional da psicologia.

Diante da complexidade das demandas parentais, principalmente no período delicado da perinatalidade, e da intersecção de saberes que envolvem o cuidado com as famílias, alargar os horizontes da escuta é uma forma de promover um olhar mais integrativo e plural. Ao articular com outros profissionais, abrimos caminho para intervenções mais eficazes e contextualizadas.

Antes do Freud, as desordens psíquicas (depois conceituadas como neuroses) eram observadas predominantemente como causalidades ligadas à biologia. Freud propôs uma ruptura, trazendo como pano de fundo para as neuroses os sofrimentos psíquicos. Em mais uma transformação no campo do conhecimento, Fanon propõe uma explicação sociogênica para as mazelas humanas (WALLERSTEIN, 2008). O autor tece uma crítica ao racismo e à colonialidade e propõe que a subjetividade do colonizado não está constituída somente por estruturas universais da psique, mas é forjada no entremeio das tramas históricas, culturais e sociais.

Freud (1921), em seu clássico texto “Psicologia das massas e análise do Eu” nos adverte que embora a psicologia individual trate o sujeito isoladamente, não é possível pensar este mesmo sujeito sem o contexto social. Em outras palavras, não há saúde individual sem saúde social e coletiva. Sobre isto:

É certo que a psicologia individual se dirige ao ser humano particular, investigando os caminhos pelos quais ele busca obter a satisfação de seus impulsos instintuais, mas ela raramente, apenas em condições excepcionais, pode abstrair das relações deste ser particular com os outros indivíduos. Na vida psíquica do ser individual, o Outro é via de regra considerado enquanto modelo, objeto, auxiliador e adversário, e, portanto, a psicologia individual é também, desde o início, psicologia social, num sentido ampliado, mas inteiramente justificado (FREUD, 1921; 2011, p. 14).

Cabe assinalar que psicanálise tem suas raízes na Europa do século XIX e como ciência do seu tempo possui limitações eurocêtricas e

universalizantes. O diálogo com epistemologias feministas, decoloniais e interseccionais, por exemplo, contribui para uma escuta mais sensível às questões de gênero, raça e classe, que moldam singularidades e modos de subjetivação frequentemente invisibilizados pela clínica tradicional.

Isto posto, vale ressaltar que não se trata da diluição da especificidade psicanalítica e nem do uso de sua técnica propriamente, mas de um enriquecimento que amplia horizontes e propaga que cada pessoa diante de um profissional de cuidado merece uma escuta atenta e cuidadosa.

6. Conclusão

A importância da escuta analítica se sobressai nas recomendações técnicas de Freud. Não se trata de uma função passiva, ao contrário, propõe-se ao paciente que ele se coloque a falar, deparando-se ele mesmo com o inesperado que emerge de sua própria fala, o novo, o transformador. A escuta neste sentido precisa orientar-se para a pessoa ali diante do profissional, entendendo que cada um compõe a sua história de lembranças, e discursos, mas que também há algo dela – da história de cada um – que escapa à consciência e que as vezes se tece à medida que se fala.

A psicanálise escuta a parentalidade e a perinatalidade de um lugar específico, salientando a originalidade do sujeito, sem deixar de lado os atravessamentos históricos e socioculturais que caminham junto com o discurso de uma época. Como discutimos ao longo do texto, inúmeras expectativas recaem sobre os sujeitos parentais e é esperado socialmente que mulheres e homens se comportem “à sua maneira”, com papéis definidos do que seriam as obrigações de cada um.

Apesar dos progressos advindos das recentes transformações dos papéis sociais atribuídos aos gêneros dentro das famílias, ainda incidem sobremaneira sobre a mulher as responsabilidades infinitas do cuidado com os filhos e com os afazeres domésticos. O conceito de família tradicional está em declínio, de qualquer modo, dando espaço para inúmeras configurações familiares.

A partir da análise de Stern (1997) e Bydlowsky (2002) podemos entender que tornar-se mãe é algo que está para além da biologia e que,

mesmo pais biológicos, precisam adotar seus filhos e inscrevê-los na própria subjetividade. É preciso espaço, tempo e desejo para que cada mulher construa a sua relação com a maternidade, com significados e significantes próprios. E assim também para as outras figuras de cuidado na família: pai, irmãos, avós, tios, padrinhos etc.

Quando o discurso do psicanalista adentra a instituição e abre espaço para trocas com outras áreas, evidentemente surge um outro saber, ou outros saberes, e isso é muito bom. Não é uma possibilidade fácil de ser sustentada e é preciso um trabalho ético e respeitoso nessa circulação de experiências: todos podem escutar! Uma relação entre saberes que não seja alienante e excludente, ao contrário, que abra espaços para trocas e transformações

7. Referências

- AULAGNIER, P. Nascimento de um corpo, origem de uma história. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. II, n. 3, p. 9- 45, set. /1999.
- BADINTER, Élisabeth. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BRASIL. Ministério das Mulheres. Relatório Anual Socioeconômico da Mulher – Raseam 2025. Brasília, DF: Observatório Brasil da Igualdade de Gênero, 2025. 5914 KB. Disponível em: <https://www.gov.br/mulheres/pt-br/central-de-conteudos/publicacoes/raseam-2025.pdf/view>. Acesso em: 23 jun. 2025.
- BYDLOWSKY, M. O olhar interior da mulher grávida. In: CORRÊA FILHO, L. (org.). Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos – Saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê. Brasília: LEFE, 2002.
- FARIA, Michele Roman. Introdução à psicanálise de crianças: o lugar dos pais. Salvador: Toro Editora, 2019.
- FERREIRA, Rafaela Silva Amorim Suzarte; CORTES, Helena Moraes; PINHO, Paula Hayasi. Atenção em saúde mental em municípios de pequeno porte. Mudanças, v. 27, n.1, p. 63-68, 2019.
- FINK, Bruce. Fundamentos da técnica psicanalítica: um manual para a prática da psicanálise lacaniana. Tradução Claudia Berliner. Rio de Janeiro: Zahar, 2017.

- FREUD, S. Psicologia das massas e análise do eu. In Obras completas: Psicologia das massas e Análise do eu e outros textos (P. C. de Souza, trad., Vol. 15, pp. 13-113). São Paulo, SP: Companhia das Letras, 2011.
- FREUD, Sigmund. A dinâmica da transferência. Edição Standard, v. 12, n. 97, p. 108, 1912.
- FREUD, Sigmund. Análise terminável e interminável. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 23, p. 239-287, 1937.
- FREUD, Sigmund. Observações sobre o amor transferencial: novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III (1915). In: FREUD, Sigmund. Obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, v. 12, p. 205-223, 1976.
- FREUD, Sigmund. Projeto para uma psicologia científica (1895). In: FREUD, Sigmund. Obras completas: volume 1 – Pré-psicanálise. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2006. p. 343–397.
- FREUD, Sigmund. Psicologia das massas e a análise do eu. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 1921.
- FREUD, Sigmund. Sobre o narcisismo: uma introdução. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 14, p. 83-119, 1914.
- GARRAFA, T. Primeiros tempos da parentalidade. In: TEPPERMAN, D.; GARRAFA, T.; IACONELLI, V. (orgs.). Parentalidade. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2020. p. 64.
- GUIRADO, Raquel Marques Benazzi; MOTTA, Ivonise Fernandes. Influências da transgeracionalidade em gestantes primigestas. Pensando Famílias, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 46–60, jul. /dez. 2020.
- IACONELLI, V. Reprodução de corpos e de sujeitos: a questão perinatal. In: TEPPERMAN, D.; GARRAFA, T.; IACONELLI, V. (org.). Parentalidade. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2020. p. 85.
- IACONELLI, Vera. Manifesto antimaternalista: psicanálise e políticas da reprodução. Rio de Janeiro: Zahar, 2023.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Censo 2022 mostra um país com menos filhos e menos mães. Rio de Janeiro: IBGE, 2025. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/43837-censo-2022-mostra-um-pais-com-menos-filhos-e-menos-maes>. Acesso em: 8 jul. 2025.
- KEHL, Maria Rita. Em defesa da família tentacular. In: SANTIAGO, Silvio; CUNHA, Vera lavelberg (orgs.). O infamiliar na contemporaneidade: o que faz família hoje? São Paulo: Escuta, 2023. p. 15–27.

- LÔBO, Jade Alcântara; SOUZA, Izabela Fernandes de. Na encruzilhada da maternidade negra. In: — (orgs.). Na encruzilhada da maternidade negra. Porto Alegre: Antropologias do Sul, 2019.
- MACHADO, Maíla Do Val; CHATELARD, Daniela Sheinkman. A psicanálise no hospital: dos impasses às condições de possibilidades. *Ágora*, v. XVI, n. 1, p. 135-150, jan/jun 2013.
- MATOS, Mariana Gouvêa de; MAGALHÃES, Andrea Seixas; FÉRES CARNEIRO, Terezinha; MACHADO, Rebeca Nonato. Construindo o vínculo pai-bebê: a experiência dos pais. *Psico-USF, Bragança Paulista*, v. 22, n. 2, p. 261-271, maio/ago. 2017. <https://doi.org/10.1590/1413-82712017220206>.
- MISSIONNIER, Serge. O bebê e seus intérpretes: o psiquismo do bebê, do período perinatal à parentalidade. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Revinter, 2009.
- ROSA, Jéssica Moraes; MELO, Anna Karynne; BORIS, Georges Daniel Janja Bloc; SANTOS, Manoel Antônio dos. A construção dos papéis parentais em casais homo afetivos adotantes. *Psicologia, Ciência e Profissão*, v. 36, n. 1, p. 210-223, jan. /mar. 2016. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001132014>.
- ROUDINESCO, Élisabeth. A família em desordem. Tradução André Telles. São Paulo: Papyrus, 2022.
- STERN, Daniel N. A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- WALLERSTEIN, Immanuel. Ler Fanon no século XXI. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n. 82, p. 3-12, 2008. Disponível em: <http://journals.openedition.org/rccs/611>; DOI: 10.4000/rccs.611. Acesso em: __ junho. 2025
- WINNICOTT, D. W. Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: WINNICOTT, D. W. O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: ArtMed, 1988d, 1963.
- ZORNIG, Sílvia Maria Abu Jamra. Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. *Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 453-470, jun./dez. 2010.

SOBRE AUTORAS E AUTORES



CAPÍTULO 1

Projeto Escola da Família: promovendo práticas parentais com afeto, sem violência - Resultados e desafios de uma experiência inovadora na Atenção Primária à Saúde de Niterói - RJ

Maria Jose Soares Pereira

Assistente Social, Mestre em Saúde Coletiva, Gerente do Projeto Escola da Família – SMS/FMS/PNCV.

Maria Angélica Duarte Silva

Assistente Social, Mestre em Saúde Coletiva. Subsecretária de Gestão de Redes - SMS.

Ana Eppinghaus

Médica Sanitarista, Chefe da Coordenação de Vigilância em Saúde, FMS/Vipacaf/Covig.

Vinícius Mendes da Fonseca Lima

Enfermeiro, Diretor Técnico de Redes–FMS/Vipacaf.

Maria das Graças Silva Raphael

Professora, Cientista Política, Subsecretária e Coordenadora Geral Executiva do PNCV/PMN.

Luciano dos Santos Avelar

Especialista em Avaliação, Chefe do Observatório de Segurança Pública de Niterói.

Adriana Tereza Soares da Costa

Enfermeira, Coordenadora da Atenção Primária em Saúde – Vipacaf/FMS.

Fayana dos Santos Moraes Pereira

Assistente Social. Especialista em Saúde da Família e Comunidade, Gerente do Núcleo de Estratégico e Apoio Técnico – Neat/FeSaúde.

Claudia Marcia Osório Xavier de Almeida

Graduada em Serviço Social, pela Universidade Federal Fluminense, com Especialização de RH em Saúde, Ensp/Fiocruz, e Especialização e Mestrado em Educação Profissional em Saúde, EPSJV/Fiocruz.

CAPÍTULO 2

A experiência de uma Emulti/Nasf na escola da família

Amanda de Souza Facce

Psicóloga clínica eMulti, especialista em Gênero e Sexualidade – IMS/Uerj. E-mail: amandafacce@gmail.com

Ana Claudia Rodrigues Nogueira

Assistente social eMulti, especialista em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente – Huap/UFF, especialista em Serviço Social e Saúde da Criança e do Adolescente – IFF/Fiocruz. E-mail: anarnogueira@yahoo.com.br

Ana Tainara da Silva e Silva

Fisioterapeuta geral eMulti, especialista em UTI Infantil – UCL, especialista em Fisioterapia em Terapia Intensiva Cardiopediátrica e Neonatal – INC. E-mail: anatainaradasilvaesilva@gmail.com

Elizabeth Peixoto Mouzinho

Médica Pediatra eMulti, especialista em Homeopatia – Soherj, especialista em Pediatria – PUC-Rio, especialista em Medicina de Família e Comunidade – Faculdade de Medicina de Petrópolis. E-mail: bethsupped@gmail.com

Larissa Nascimento Armindo

Assistente social eMulti, especializanda em Serviço Social e Saúde – CESSS/UERJ. E-mail: larissanasfseso@gmail.com

Raquel D Paula Gonçalo da Silva

Fonoaudióloga geral, especialista em Neurociências aplicadas à Reabilitação – UFRJ, especialista em Políticas e Práticas em Situações de Saúde no Espaço Hospitalar – HUGG/Unirio. E-mail: raqueldpaula1@gmail.com

CAPÍTULO 3

Determinantes sociais no território e os impactos na saúde pública

Jéssica Emanoeli Moreira da Costa

Mestre e doutoranda em Psicologia Clínica e Cultura, UnB. E-mail: jessicaemanoeli@gmail.com

Mariana de Sousa e Silva

Mestre e doutoranda em Psicologia Clínica e Cultura, UnB. E-mail: marisousasilva@gmail.com

Ingrid Fernandes dos Santos

Mestre e doutoranda em Psicologia Clínica e Cultura, UnB. E-mail: ingridfernandes2628@gmail.com

Katia Tarouquella Brasil

Psicóloga, psicanalista, Doutora em Psicologia, professora do Departamento de Psicologia Clínica e Cultura, UnB. E-mail: ktarouquella@gmail.com

CAPÍTULO 4

Prevenção da Violência contra Crianças e Suas Mães: Redução de Riscos e Fortalecimento de Fatores Protetivos

Aline Tarouquela Matias

Mestre em Psicologia pela PUC-Rio. E-mail: alinetmatias@gmail.com

Melissa de Azevedo Xavier da Silva

Mestre em Ciências Econômicas pela Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail: melissa.ax.silva@gmail.com

CAPÍTULO 5

Entre o Mito e o Desejo: A Maternidade na Psicanálise e nas Políticas Públicas de Saúde

Márcia Cristina Maesso

Psicanalista, Professora do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura - UnB. Doutora e Mestre em Psicologia Clínica - USP. E-mail: maessomc@gmail.com

Thamyris Pimentel da Fonseca

Psicanalista, graduada em Psicologia pela Universidade de Brasília, especialista em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. E-mail: thamyrisfonseca27@gmail.com

CAPÍTULO 6

Formação em Saúde Mental na Parentalidade e o papel dos dispositivos de imagem

Ághata Ferreira de Sousa

Psicóloga, Mestre em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília

Katia Tarouquella Brasil

Psicóloga, psicanalista, Doutora em Psicologia, professora do Departamento de Psicologia Clínica e Cultura, UnB. E-mail: ktarouquella@gmail.com

Alessandra da Rocha Arrais

Psicóloga hospitalar da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito federal, docente do mestrado profissional em saúde da Escola Superior de Ciências da Saúde.

CAPÍTULO 7

Implantação do Programa Escola da Família: uma tecnologia inovadora em saúde

Bruno Cabral Coser

Psicólogo graduado pela Universidade Federal Fluminense. E-mail: brunocabralcoser@gmail.com

David Macedo Rodrigues Filho

Graduando em psicologia pela Universidade Federal Fluminense. rodriguesdavid@id.uff.br

Jéssica Emanoeli Moreira da Costa

Mestre e doutoranda em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília. E-mail: jessicaemanoeli@gmail.com

Sandra Cabral

Psicóloga, doutora em Saúde Coletiva, professora e pesquisadora da Universidade Federal Fluminense. E-mail: sandracabralbaron@gmail.com

Maycon Rodrigo da Silveira Torres

Professor Adjunto da Universidade Federal Fluminense. Professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia na Universidade Federal Fluminense. E-mail: mrstorres@id.uff.br

CAPÍTULO 8

O Pós-natal Psicológico no SUS: estratégia de cuidado em saúde mental materna em casos de violência sexual

Elen Carioca Zerbini

Psicóloga do Hospital Materno Infantil Dr. Antônio Lisboa de Brasília. Doutoranda em Psicologia Clínica e Cultura/UnB

Alessandra da Rocha Arrais

Doutora – ESP/DF. Psicóloga do Hospital Materno Infantil Dr. Antônio Lisboa de Brasília.

CAPÍTULO 9

O Programa Escola da Família e a formação de profissionais de saúde no âmbito do sus: apostas ético-metodológicas e seus impactos

Paloma Meirelles

Psicóloga (UFF), Mestra em Filosofia (UFF) com formação clínica em esquizoanálise (FLEA)

Carolina Sarzeda

Psicóloga (UFF), Especialista em Saúde da Família (UFPE) com formação clínica em psicanálise (CPRJ)

Sandra Cabral

Psicóloga, Doutora em Saúde Coletiva (Fiocruz), professora e pesquisadora da Universidade Federal Fluminense (UFF).

CAPÍTULO 10

Parentalidade vulnerável e o uso do dispositivo com fotografias como um espaço de troca grupal na atenção primária

Ingrid Fernandes dos Santos

Mestre em Psicologia pela Universidade de Brasília. E-mail: ingridfernandes2628@gmail.com

Katia Tarouquella Brasil

Psicóloga, psicanalista, Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília., professora do Departamento de Psicologia Clínica e Cultura, UnB. E-mail: ktarouquella@gmail.com

Eliana Rigotto Lazzarini

Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília. E-mail: elianalazzarini@gmail.com

CAPÍTULO 11

Parentalidade afeto e resistência: caminhos e desafios para uma relação parental não violenta

Thaís Moratti

Assistente social, mestra em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva- ISC/UFF, com experiência na coordenação de equipes multidisciplinares de acompanhamento às mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência doméstica e/ou sexual. Além de atuações como conselheira em conselhos gestores da Assistência Social e de Direitos da criança e do adolescente (municipais e estaduais). E-mail: thaisd@id.uff.br

Mônica de Rezende

Doutora em Saúde Pública ENSP/Fiocruz, professor adjunta do Departamento de Planejamento em Saúde (MPS), Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) ISC/UFF. E-mail: monicarezende@id.uff.br

CAPÍTULO 12

Perfil das usuárias do Projeto Escola da Família de uma unidade de Saúde da Fundação Municipal de Saúde de Niterói/RJ

Sérgio Aboud

Pedagogo e Historiador, Tutor PET-Saúde Equidade da UFF
<https://orcid.org/0009-0004-1000-6382>

Wagner Valentim de Alão

Psicólogo, Mestrando em Ciências e Saúde NUTES/UFRJ, Preceptor PET-Saúde Equidade da UFF <https://orcid.org/0009-0003-6726-5820>

Claudia Marcia Osório Xavier de Almeida

Assistente Social, Mestre e Especialista em Educação Profissional em Saúde, Preceptora PET-Saúde Equidade da UFF <https://orcid.org/0000-0003-3706-1838>

Ingrid dos Santos Abrão

Acadêmica de Odontologia UFF <https://orcid.org/0009-0004-4800-7823>

Vanessa dos Santos Andrade

Acadêmica de História UFF <https://orcid.org/0009-0004-4800-7823>

Arnold Vasconcelos R. de Assis

Acadêmico de Educação Física UFF <https://orcid.org/0009-0006-7609-008>

Marcela Kiill Rios de Freitas

Acadêmica de Psicologia UFF <https://orcid.org/0009-0004-7551-8186>

Lorena de Cássia dos Santos Florentino

Acadêmica de Medicina UFF <https://orcid.org/0009-0008-7450-5569>

Ana Beatriz Meziara Garcia

Acadêmica de Psicologia UFF <https://orcid.org/0009-0003-0154-2442>

Millena Mendonça Andrade Paes Leme

Acadêmica de Medicina UFF <https://orcid.org/0009-0009-0557-0866>

Emilly Silva Ramos

Acadêmica de Farmácia UFF <https://orcid.org/0009-0002-7472-3415>

Luciana Rodrigues da Silva

Enfermeira, Tutora PET-Saúde Equidade da UFF <https://orcid.org/0000-0001-8815-6525>

Kethelin R. Carvalho de Souza Souza

Acadêmica de Enfermagem UFF

CAPÍTULO 13

Relato de experiência da estratégia de monitoramento Proativo no Programa Escola da Família, no município de Niterói/RJ

Cláudia Márcia O. X. de Almeida

Assistente Social - UFF, Especialista em Recursos Humanos – Ensp/Fiocruz, Mestre e Especialista em Educação Profissional em Saúde -EPSJV/Fiocruz

Patrícia Teixeira Guerra Ferreira

Enfermeira-UFF, Especialista em Enfermagem e em Saúde Pública - Ensp/Fiocruz

CAPÍTULO 14

As violências contra mulheres e seus bebês como expressões estruturais: uma revisão narrativa da violência obstétrica no contexto brasileiro

Marcele Zveiter

Enfermeira Obstétrica. Psicóloga. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Consultora do Projeto Escola da Família, promovendo práticas parentais com afeto, sem violência. E-mail: marcelezveiter@hotmail.com

CAPÍTULO 15

A escuta em Psicanálise: contribuições às ações multiprofissionais em perinatalidade e parentalidade

Maria Fernanda Campos Gonçalves

Mestranda em Psicologia Clínica - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Especialista em atenção integral à saúde materno infantil (ME/UFRJ). E-mail: mf.santoscampos@gmail.com

Cintia Lobato

Colaboradora sênior - Universidade de Brasília. E-mail: citalobato@yahoo.com.br

Daniela Scheinkman

Professora titular do departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Cultura da Universidade de Brasília. E-mail: daniela.scheinkman@gmail.com

O Pacto Niterói Contra a Violência é uma política pública inovadora e bastante exitosa, implantada na cidade de Niterói em 2018, a qual, nesses sete anos, reduziu importantes índices de violência no município, com ações transversais e integradas de prevenção, de segurança, de melhoria da qualidade de vida da população e de promoção da cultura da paz.

A implantação de projetos de prevenção, em especial do *Projeto Escola da Família: promovendo práticas parentais com afeto, sem violência* (PEF), constituiu uma das principais inovações no âmbito da política pública de prevenção e de segurança. A meta do Programa de enfrentar a violência intrafamiliar como fenômeno complexo e multicausal, potencializado por outras formas de violência e estudos desenvolvidos nas áreas de prevenção à violência confirmam que os cuidados físicos, estímulos cognitivos e aspectos emocionais na primeira infância, desde a concepção, estão na gênese do bem-estar psicológico, social e biológico dos adultos.

Vamos avançar nos caminhos da Paz!

Rodrigo Neves Barreto

Prefeito de Niterói