Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Vivian Mara Ribeiro

A maternidade de mulheres cegas na perspectiva da Teoria das Transições: contribuições para o cuidado de enfermagem

Rio de Janeiro

2019

Vivian Mara Ribeiro

A maternidade de mulheres cegas na perspectiva da Teoria das Transições: contribuições para o cuidado de enfermagem

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, na modalidade de Doutorado Interinstitucional, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Profª Dra. Rosângela da Silva Santos

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

R485 Ribeiro, Vivian Mara.
A maternidade de mulheres cegas na perspectiva da Teoria das Transições: contribuições para o cuidado de enfermagem / Vivian Mara Ribeiro - 2019.
115 f.

Orientadora: Rosângela da Silva Santos.
Tese (Doutorado Interinstitucional) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem. 2. Pessoas com Deficiência Visual. 3. Saúde Materno-Infantil. 4. Teoria de Enfermagem. 5. Qualidade de vida. I. Santos, Rosângela da Silva. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Bibliotecária: Diana Amado B. dos Santos CRB7/6171

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Vivian Mara Ribeiro

A maternidade de mulheres cegas na perspectiva da Teoria das Transições: contribuições para o cuidado de enfermagem

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, na modalidade de Doutorado Interinstitucional, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 11 de abril de 2019.

Orientadora:

Profª Dra. Rosângela da Silva Santos

Faculdade de Enfermagem - UERJ

Banca examinadora:

_____

Profª Dra. Denize Cristina de Oliveira

Faculdade de Enfermagem – UERJ

_____

Profª Dra. Lucia Helena Garcia Penna

Faculdade de Enfermagem - UERJ

_____

Profª Dra. Sinara de Lima Souza

Universidade Estadual de Feira de Santana

_____

Profª Dra. Roseanne Montargil Rocha

Universidade Estadual de Santa Cruz

_____

Profª Dra. Mariza Silva Almeida

Universidade Federal da Bahia

Rio de Janeiro

2019

DEDICATÓRIA

Dedico à todas as mulheres que participaram desta pesquisa, que prontamente aceitaram, inspiradas a contar suas histórias, a serem exemplos de vida e superação.

AGRADECIMENTOS

Ninguém faz nada sozinho na vida, portanto dirijo meus agradecimentos a todos que contribuíram para que esta pesquisa fosse realizada.

Agradeço a Deus pela vida!

Agradeço à família que constituí, meu marido Luciano por todo apoio, companheirismo e amor, demonstrações de carinho, encorajamento e cuidado no decorrer dessa trajetória.

À minha filha Marina, motivo maior que me fez enveredar pelo tema da maternidade. Com quem aprendi e aprendo a ser mãe todos os dias, vivendo conflitos e alegrias.

Aos meus familiares, pai, irmãos, cunhados e sobrinhos por todo apoio, pelas alegrias dos encontros em família que tornaram o caminhar mais leve!

Agradeço à minha orientadora Rosângela pelos ensinamentos a mim dispensados e por compartilhar um pouquinho dos seus conhecimentos comigo, me conduzindo para aprender mais.

Agradeço às colegas/amigas Marizete Argolo e a Zenilda Sales pelo incentivo e apoio que sempre me deram.

Aos colegas do Dinter, que dividiram comigo as experiências vividas, em especial a Aline, Charles, Daniela e Márcio pelos momentos vividos e que se tornaram inesquecíveis.

Às colegas da disciplina Estágio Curricular Supervisionado I, Daniela, Vanda e Vilara, por todo suporte que ofereceram durante esses quatro anos e em especial a Juliana, colega/amiga mais que querida que sempre me ouviu, aconselhou e comemorou as minhas vitórias.

Aos colegas cariocas e funcionários da faculdade de enfermagem que nos receberam no período em que estivemos na UERJ.

Ao Programa de Pós-graduação da UERJ e UESB pela oportunidade e aos professores dos programas pelo empenho que tiveram em nos oferecer essa formação.

Aos professores da pós-graduação da faculdade de enfermagem da UERJ pelos ensinamentos, discussões e reflexões durante o período de aulas.

Agradeço às instituições de fomento à pesquisa CAPES e FAPESB pelo apoio.

Agradeço às avaliadoras da minha banca de defesa, professora Sinara de Lima, professora Lucia Penna, professora Mariza Silva e à professora Roseanne Montargil por todas as contribuições que ajudaram a acrescentar e aprimorar o trabalho.

Às bibliotecárias da faculdade de enfermagem da UERJ pelo atendimento e apoio.

E por fim, agradeço especialmente à AJECE, presidente, diretora, funcionários, professoras que me receberam tão carinhosamente e em particular às mulheres que aceitaram participar desta pesquisa e que se dispuseram a contar suas histórias e revivê-las.

Artigo 1 - Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade.

Declaração Universal Dos Direitos Humanos

RESUMO

Ribeiro. V. M. **A maternidade de mulheres cegas na perspectiva da Teoria das Transições**: contribuições para o cuidado de enfermagem. 2019. 115 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Este estudo teve como objeto a maternidade de mulheres cegas, na perspectiva da Teoria das Transições de Afaf Meleis. Como objetivo geral: Analisar a maternidade de mulheres cegas na perspectiva da Teoria das Transições; e específicos: Compreender como a mulher cega vivencia o processo de transição para a maternidade; Identificar os sentimentos vivenciados pela mulher cega ao se tornar mãe; Descrever facilidades e dificuldades percebidas pela mulher cega ao exercer a maternidade; Discutir o processo de transição da maternidade na perspectiva da mulher cega, à luz da Teoria das Transições. Pesquisa qualitativa, descritiva, desenvolveu-se no município de Jequié (Bahia) em uma associação de cegos. Fizeram parte deste estudo 11 mulheres que já eram cegas ao vivenciarem a maternidade, contatadas através de um banco de dados da referida associação. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia e, somente, após parecer favorável deu-se início a coleta das narrativas. Um roteiro para caracterização das participantes foi aplicado. As informações foram coletadas por meio de entrevista aberta, utilizou o método Narrativa de vida. A análise dos dados obtidos ocorreu a partir da discussão sobre a maternidade da mulher cega conforme o referencial teórico da Teoria das Transições de Meleis, e sobre a categoria de análise que emergiu das narrativas de vida: Processo de transição da maternidade de mulheres cegas na perspectiva de Afaf Meleis e suas três subcategorias: Experiências vivenciadas pelas mulheres cegas ao se tornar mãe; Facilidades e dificuldades das mulheres cegas no contexto da maternidade e Terapêutica de enfermagem na transição da maternidade das mulheres cegas. Foram discutidas à luz da teoria das transições e com referenciais conceituais. As participantes alcançaram a maestria da transição saudável para a maternidade, foram resilientes diante das situações impostas pela vida, capazes de lidar com os problemas encontrados, adaptar-se às mudanças, superar os obstáculos e ao final reagir positivamente. Ao discutir o processo de transição da maternidade na perspectiva da mulher cega, à luz da Teoria das Transições, evidenciou-se que a contribuição da enfermagem no cuidado transicional é de extrema relevância para as mulheres cegas que desejam ser mãe. Foi possível identificar, a partir das narrativas de vida, os diversos momentos em que a enfermagem atuaria para atender às necessidades dessas mulheres e em quais momentos e situações o cuidado de enfermagem é essencial para o processo de transição para a maternidade das mulheres cegas. O direcionamento de um olhar mais apurado para as mulheres com deficiência nas comunidades atendidas e serviços de saúde utilizados pelas práticas de ensino e estágio supervisionado das universidades pode ser uma excelente oportunidade de se trabalhar a dupla vulnerabilidade nesses casos.

Palavras - chave: Pessoas com Deficiência Visual. Saúde Materno-Infantil. Enfermagem. Cuidado de Enfermagem. Teoria de Enfermagem. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Ribeiro. V. M. **The maternity of blind women from the perspective of Transitions Theory**: contributions to nursing care. 2019. 115 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

This study had as object the maternity of blind women, from the perspective of Afaf Meleis Theory of Transitions. As a general objective: To analyze the maternity of blind women in the perspective of Transition Theory; and specific: To understand how the blind woman experiences the process of transition to motherhood; Identify the feelings experienced by the blind woman when becoming a mother; To describe the facilities and difficulties perceived by the blind woman when exercising maternity; Discuss the transition process of motherhood from the perspective of blind women in the light of Transition Theory. Qualitative, descriptive research, it was developed in the municipality of Jequié (Bahia) in an association of the blind. This study included 11 women who were already blind when they experienced motherhood, contacted through a database of the association. It was approved by the Human Research Ethics Committee of the Multidisciplinary Health Institute of the Federal University of Bahia, and only after a favorable opinion did the collection of the narratives begin. A script for characterization of the participants was applied. The information was collected through an open interview, using the Narrative method of life. The analysis of the data obtained came from the discussion about the maternity of the blind woman according to the theoretical reference of the Theory of Transitions of Meleis, and about the category of analysis that emerged from the life narratives: Transition process of the maternity of blind women in perspective of Afaf Meleis and its three subcategories: Experiences experienced by blind women when becoming a mother; Facilities and difficulties of blind women in the context of maternity and Nursing Therapy in the transition of the maternity of blind women. They were discussed in the light of the theory of transitions and with conceptual references. The participants achieved the mastery of the healthy transition to motherhood, were resilient to the situations imposed by life, able to deal with the problems encountered, adapt to change, overcome obstacles and finally respond positively. In discussing the transition process of motherhood from the perspective of the blind woman, in light of the Theory of Transitions, it was shown that the contribution of nursing to transitional care is extremely relevant for blind women who wish to be a mother. It was possible to identify, from the life narratives, the different moments in which the nursing would act to attend the needs of these women and in what moments and situations the nursing care is essential for the process of transition to the maternity of the blind women. Directing a more accurate look at women with disabilities in the assisted communities and health services used by university teaching and supervised internships can be an excellent opportunity to work with dual vulnerability in these cases.

Keywords: Visually Impaired Persons. Maternal and Child Health. Nursing. Nursing Care. Nursing Theory. Quality of Life.

RESUMEN

Ribeiro. V. M. **La maternidad de las mujeres ciegas desde la perspectiva de la teoría de las transiciones**: contribuciones al cuidado de enfermería. 2019. 115 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Este estudio tuvo como objeto la maternidad de mujeres ciegas, en la perspectiva de la Teoría de las Transiciones de Afaf Meleis. Como objetivo general: Analizar la maternidad de mujeres ciegas en la perspectiva de la Teoría de las Transiciones; y específicos: Comprender cómo la mujer ciega vive el proceso de transición a la maternidad; Identificar los sentimientos vivenciados por la mujer ciega al hacerse madre; Describir las facilidades y dificultades percibidas por la mujer ciega al ejercer la maternidad; Discutir el proceso de transición de la maternidad en la perspectiva de la mujer ciega, a la luz de la Teoría de las Transiciones. Investigación cualitativa, descriptiva, se desarrolló en el municipio de Jequié (Bahia) en una asociación de ciegos. En este estudio participaron 11 mujeres que ya eran ciegas al vivenciar la maternidad, contactadas a través de un banco de datos de dicha asociación. Fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación con seres humanos del Instituto Multidisciplinario en Salud de la Universidad Federal de Bahía y, solamente, después de un dictamen favorable se dio inicio a la recolección de las narrativas. Se aplicó un itinerario para la caracterización de las participantes. La información fue recogida por medio de una entrevista abierta, utilizó el método Narrativa de vida. El análisis de los datos obtenidos ocurrió a partir de la discusión sobre la maternidad de la mujer ciega conforme al referencial teórico de la Teoría de las Transiciones de Meleis, y sobre la categoría de análisis que emergió de las narrativas de vida: Proceso de transición de la maternidad de mujeres ciegas en la perspectiva de Afaf Meleis y sus tres subcategorías: Experiencias vivenciadas por las mujeres ciegas al hacerse madre; Instalaciones y dificultades de las mujeres ciegas en el contexto de la maternidad y Terapéutica de enfermería en la transición de la maternidad de las mujeres ciegas. Se discutieron a la luz de la teoría de las transiciones y con referencias conceptuales. Las participantes alcanzaron la maestría de la transición sana para la maternidad, fueron resilientes ante las situaciones impuestas por la vida, capaces de lidiar con los problemas encontrados, adaptarse a los cambios, superar los obstáculos y al final reaccionar positivamente. Al discutir el proceso de transición de la maternidad en la perspectiva de la mujer ciega, a la luz de la Teoría de las Transiciones, se evidenció que la contribución de la enfermería en el cuidado transicional es de extrema relevancia para las mujeres ciegas que desean ser madre. Fue posible identificar, a partir de las narrativas de vida, los diversos momentos en que la enfermería actuaría para atender a las necesidades de esas mujeres y en cuáles momentos y situaciones el cuidado de enfermería es esencial para el proceso de transición hacia la maternidad de las mujeres ciegas. El direccionamiento de una mirada más apurada para las mujeres con discapacidad en las comunidades atendidas y servicios de salud utilizados por las prácticas de enseñanza y práctica supervisada de las universidades puede ser una excelente oportunidad de trabajar la doble vulnerabilidad en esos casos.

Palabras-clave: Personas con Discapacidad Visual. Salud Maternal e Infantil. Enfermería. Cuidado de Enfermera. Teoría de la Enfermería. Calidad de Vida.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Identificação dos artigos selecionados com enfoque na deficiência visual e maternidade. 2017..... 18

Quadro 2 – Distribuição dos temas extraídos das entrevistas..... 50

Quadro 3 – Distribuição da categoria e subcategorias extraídas e agrupadas..... 52

Quadro 4 – Historiograma..... 57

Figura 1 – A transição para a maternidade de mulheres cegas, conforme a Teoria das Transições de Meleis..... 60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das participantes segundo características socio-demográficas. Jequié, 2018..... 54

Tabela 2 – Distribuição das participantes segundo moradia e ocupação. Jequié, 2018.. 55

Tabela 3 – Distribuição das participantes segundo informações relacionadas à maternidade. Jequié, 2018..... 56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AJECE	Associação Jequieense de Cegos
AVA	Atividade de vida autônoma
BA	Bahia
BDENF	Banco de Dados da Enfermagem
CAP	Centro de Apoio Psicossocial
CEP	Comitê de ética em pesquisa
EM	Entrevistada
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IMS	Instituto Multidisciplinar em Saúde
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
KM	Quilômetro
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
OMS	Organização Mundial de Saúde
PUBMED	PubMed Unique Identifier
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UFBA	Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	15
1	**REFERENCIAL CONTEXTUAL E CONCEITUAL**.....	24
1.1	**Políticas e direitos em saúde para mulheres cegas**.....	24
1.2	**Maternidade e papel da mulher na sociedade**.....	29
2	**REFERENCIAL TEÓRICO**.....	34
2.1	**Teoria das Transições**.....	34
3	**METODOLOGIA**.....	40
3.1	**Tipo de estudo**.....	40
3.2	**Local da pesquisa**.....	40
3.3	**Participantes do estudo**.....	41
3.4	**Aspectos éticos**.....	42
3.5	**Técnica e instrumento para coleta, produção e análise de narrativas de vida**.....	44
3.5.1	Técnica de Narrativas de Vida.....	44
3.5.2	Procedimentos para análise das narrativas de vida.....	48
4	**ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS NARRATIVAS DE VIDA**.....	53
4.1	**Caracterização das participantes**.....	53
4.2	**Categoria - Processo de transição da maternidade de mulheres cegas na perspectiva de Afaf Meleis**.....	58
4.2.1	Experiências vivenciadas pelas mulheres cegas ao se tornar mãe.....	72
4.2.2	Facilidades e dificuldades das mulheres cegas no contexto da maternidade.....	77
4.2.3	Terapêutica de enfermagem na transição para a maternidade das mulheres cegas.....	89
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
	REFERÊNCIAS.....	99
	APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	105
	APÊNDICE B - Termo de assentimento informado livre e esclarecido.....	107

APÊNDICE C - Termo de autorização do responsável legal das participantes menores de idade..... 109
APÊNDICE D - Instrumento..... 111
ANEXO - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa..... 112

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este estudo teve como objeto a maternidade das mulheres cegas, na perspectiva da Teoria das Transições de Afaf Meleis. A experiência de transição para a maternidade é um período de adaptação de vida e necessita de acompanhamento em saúde para todas as mulheres que desejam ou estejam passando por essa mudança, pois trata-se de momento de preparação para o exercício da maternidade.

O período se configura como ambíguo, entre prazeres, inseguranças e grandes expectativas, exigindo preparação. A enfermagem deve colaborar efetivamente no cuidado, acompanhando mulheres e família durante todo o processo de transição.

O cuidado à mulher em processo de maternidade e à sua família deve ser executado por profissionais de saúde antes, durante e após a gestação. A enfermeira tem importante papel, pois ocupa muitos desses espaços de cuidados em saúde, quer seja no serviço de planejamento familiar, pré-natal, durante o parto ou puerpério ou no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

Toda pessoa deve ter acesso a esse acompanhamento, aos serviços de saúde e a profissionais de saúde preparados para o cuidado integral e universal, nos diferentes períodos de transição da vida. Isso inclui as pessoas com deficiência, qualquer que seja ela. Devem ter as especificidades reconhecidas e ações de saúde voltadas às suas necessidades, para o mesmo cuidado integral e individualizado lhes ser oferecido.

Ao se tratar de mulheres cegas e que desejam ou estejam em transição para a maternidade, nos serviços de saúde pouco a pouco ocupam espaços, mas ainda não são percebidas em sua singularidade. Por serem menor parcela da população feminina, enfrentam situações de invisibilidade, embora se afirme que “em todas as idades, 57% das pessoas cegas no mundo são mulheres, e a proporção aumenta com a idade” (OMS, 2011).

À luz da Política Nacional de Saúde à Pessoa Portadora de Deficiência, do total de 24,5 milhões de pessoas com deficiências no Brasil, 48,1% são portadoras de deficiência visual, o que se justifica pela junção de dois fatores especificamente: “o envelhecimento populacional ocorrido na década de 1990 e a ampliação do conceito de deficiência, que não se restringe apenas à cegueira (incapacidade de enxergar), inclui também grande ou alguma

dificuldade permanente de enxergar, desde que não corrigida pelo uso de órtese" (BRASIL, 2008, p.13).

Para melhor classificar e caracterizar a deficiência visual, o Ministério da Saúde, com base no Decreto 5.296/04, considerou a pessoa com deficiência visual a que se enquadra na seguinte categoria:

> Cegueira na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais o somatório da medida do campo visual, em ambos os olhos, for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores (BRASIL, 2006, p. 5).

A promoção de atenção equitativa e integral à saúde da pessoa com deficiência e em especial à saúde sexual e reprodutiva, é discutida nas diretrizes dos direitos sexuais e reprodutivos na integralidade da atenção à saúde de pessoas com deficiência. Essa assistência deve ser garantida às mulheres com deficiência como questão do direito de qualquer pessoa à liberdade de uma vida sexual segura e prazerosa, e que o direito se sobrepõe à presença da deficiência (BRASIL, 2009a).

Portanto, a pessoa com deficiência tem direito a se relacionar, com direitos sexuais e reprodutivos garantidos, e o acesso a serviços de saúde que as orientem e acompanhem as necessidades, como o desejo ou não de vivenciar a experiência da maternidade.

No entanto, mulheres com deficiência podem enfrentar preconceitos para viver a sexualidade e a maternidade, "na medida em que habitam um corpo que destoa dos padrões estéticos vigentes e enfrentam a descrença da sociedade de que possam corresponder às expectativas de gênero, como assumir os papéis de cuidadora, esposa e mãe" (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2011, p. 867).

Acrescenta-se que é comum na sociedade que a família da mulher com deficiência sinta vergonha, esconda-as, e negue a ela o direito de tomar as próprias decisões, ou reaja com surpresa frente às decisões, como ter vida sexual ativa e ter um filho (SANTOS, 2011; DANTAS; SILVA; CARVALHO, 2014).

Para colaborar com o conhecimento e oferecer um cuidado em saúde livre de preconceitos, individualizado e de qualidade, consideram-se relevantes estudos para conhecer o contexto de mulheres cegas e sua história de vida.

As mudanças da maternidade são muitas e com diversas expectativas, levando-as a viver dificuldades em se adaptar à nova função, em situações de conflitos pessoais.

Sobre a transição para a maternidade, “a adaptação ao papel materno pode ser difícil a muitas mulheres pela carência de clareza às especificidades do papel materno. O papel de mãe é um produto da cultura e refere-se a ações que se espera que a mãe desempenhe em relação a seu filho” (ZAGONEL et al., 2003, p. 26).

Uma mulher pode ter dificuldades em desempenhar a função materna e necessita de ambiente acolhedor e facilitador para desenvolver a capacidade de adaptação a essa nova situação e direcionar seu interesse e afeto ao filho (SANTOS; MOTTA, 2014). “A maternidade, como fenômeno de vida, reúne significações e valores que remetem à aquisição e atribuição de funções e expectativas que recaem sobre a mulher e que exercem importante impacto sobre a dinâmica de vida pessoal e familiar” (SOARES; CARVALHO, 2009, p.6).

Ter que responder de forma exemplar a todas as exigências e expectativas da sociedade e responder aos próprios anseios e idealizações se configurariam em uma tarefa difícil. Em lugar de desenvolver a maternidade prazerosa e saudável, com formação de fortes laços familiares, se sobreporiam sentimentos de frustrações e expectativas não atingidas.

Alguns aspectos da vida de uma pessoa são mais afetados do que outros pela transição que vivencia, e dependem da extensão e intensidade da influência. As respostas ao passarem por transições são variadas, e estariam ligadas aos estágios da idade, eventos inesperados, experiências de doenças e carreiras profissionais (ZAGONEL, 1999).

Deve ocorrer uma adaptação em relação ao novo modo de vida, pois a maternidade é extremamente particular na vida de uma mulher, e desempenhar esse papel, para muitas mulheres, seria maravilhoso, mas bastante complexo. Para aprofundamento da questão buscou-se identificar como o tema é discutido e observado e como as pesquisas abordam a maternidade de mulheres cegas.

Para a identificação dos estudos, foi realizada busca *on-line* entre janeiro e fevereiro de 2017 de artigos indexados no sítio Portal de Periódicos Capes e na Biblioteca Virtual em Saúde, mais especificamente nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), do Banco de Dados da Enfermagem (BDENF) da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) e PubMed Unique Identifier (PUBMED). Foram utilizados os termos em português e seu correspondente em inglês: *mães e “deficiência visual”; “mãe cega”*. Adotou-se como critérios de inclusão para a seleção: todos os artigos publicados entre 2000 e 2016, nos idiomas português e inglês, disponíveis na íntegra, com enfoque na deficiência visual e maternidade. Foram encontrados ao todo, 90

estudos, ao aplicar os filtros descritos, obteve-se o quantitativo de 50 artigos, destes, após leitura dos títulos e resumos, 35 foram excluídos por não corresponder ao interesse da pesquisadora, restando, assim, 15. Os estudos que apareceram duplicados foram excluídos restando no total, 07 estudos pertinentes à temática, publicados entre 2010 e 2015, que seguiram para análise, conforme consta no Quadro 01.

Quadro 1 - Identificação dos artigos selecionados com enfoque na deficiência visual e maternidade. 2017 (continua)

Estudos	Procedência/ periódico	Título	Ano	Foco do estudo	Participantes do estudo
E1	Bdenf – Rev. Rene	Comunicação verbal e não-verbal de mãe cega durante a higiene corporal da criança.	2010	Estudo de caso que analisou a comunicação verbal e não-verbal da mãe cega com limitação motora com criança e enfermeira durante a higiene corporal	Uma mãe cega com limitação motora, seu filho e uma enfermeira.
E2	Lilacs – Revista Brasileira de Enfermagem	Análise da comunicação verbal e não verbal de uma mãe cega e com limitação motora durante a amamentação.	2011	Estudo de caso que analisou a comunicação verbal e não verbal de uma mãe cega e com limitação motora durante a amamentação.	Uma mãe cega, com limitação motora e seu filho de dois meses.
E3	Lilacs – Acta Paulista de Enfermagem	Comunicação verbal e não verbal de mãe cega e com limitação motora durante alimentação da criança.	2011	Estudo de caso que analisou a comunicação verbal e não verbal da mãe cega e com limitação motora com o filho e enfermeira durante a alimentação da criança.	Uma mãe cega com limitação motora, seu filho e duas estudantes de enfermagem.
E4	Pubmed – Proceedings of the Royal Society Publishing	The importance of the eyes: communication skills in infants of blind parentes.	2013	Investigou os efeitos de diferentes experiências do contato visual e comportamento do olhar sobre o desenvolvimento inicial de cinco crianças com visão filhos de mãe e/ou pai cegos e de 51 crianças videntes filhas de mãe e/ou pai videntes.	Cinco crianças videntes filhas de mães cegas, e 51 crianças videntes filhas de mãe e/ou pai videntes.
E5	Lilacs - Texto e Contexto da Enfermagem	Enfrentamento de mães cegas no acompanhamento dos filhos menores de 12 anos.	2014	Analisou o enfrentamento de mães cegas no cuidado dos filhos menores de 12 anos, considerando seus modos de cuidar e educar, com ênfase na promoção da saúde, prevenção de riscos e educação.	Nove mães cegas que tinham filhos menores de 12 anos.

Quadro 1 - Identificação dos artigos selecionados com enfoque na deficiência visual e maternidade. 2017 (conclusão)

E6	Medline – Child: care, healthand development	Comunicative interactions between visuallyimpaired mothers and theis sighted children: analysis of gaze, facie expressions, voice and physical contacts.	2015	Analisou as interações mãe-criança no caso de mães cegas, analisando quatro modalidades de comunicação e regulação interação: olhar, contatos físicos, produções verbais e expressões faciais.	Sete mães cegas com filhos videntes, com idades entre 06 meses e 03 anos.
E7	Medline – Sociology of health and illness	Between stigma and mother-blame: blind mothers' experiences in USA hospital pós-natal care.	2015	Estudo buscou examinar casos de discriminação de mães cegas, nos EUA, por parte dos profissionais de saúde durante o período hospitalar pós-natal.	Vinte e seis mães cegas.

Fonte: A autora, 2017.

Após a seleção dos artigos iniciou-se o processo de análise dos dados entre os estudos selecionados. Encontrou-se um estudo que trata da validação de instrumento, o cordel, com o tema amamentação, usado como tecnologia assistiva para cegos (OLIVEIRA; REBOUÇAS; PAGLIUCA, 2009).

Três estudos que focaram na comunicação verbal e não verbal de mãe cega e seu filho, observadas sob diferentes aspectos, durante a amamentação, durante a alimentação e durante a higiene (banho) da criança (WANDERLEY et al., 2010; PAGLIUCA et al., 2011; BARBOSA et al., 2011).

Outro estudo que, também, abordou a comunicação e ampliou não apenas para as mães cegas, mas para a mãe e/ou pai cegos e seus filhos, com resultados que mostraram que as crianças podem aprender a mudar os canais sensoriais para a comunicação social, para se adaptar a mãe e/ou pai cegos, sugerindo algum grau de plasticidade no desenvolvimento de comunicação não verbal (SENJU et al., 2013).

Encontrou-se um estudo sobre enfrentamento de mães cegas no acompanhamento de seus filhos, com ênfase na promoção da saúde, prevenção de riscos e educação (JORGE et al., 2014). É importante considerar que o estudo se distinguiu dos demais, pois, ao ouvir as mães, abordou-se o tema na perspectiva do sujeito, embora tenha se centrado em aspectos específicos da relação mãe-filho, como acompanhamento da saúde e vida escolar. Entende-se como de grande contribuição para estudos relacionados à temática.

Um estudo sobre interação entre mães cegas e seus filhos, publicado em 2015, abordou a análise do olhar, expressões faciais, voz e contatos físicos durante as interações comunicativas mãe-filho (CHIESA; GALATI; SCHMIDT, 2015).

E, por fim, um estudo publicado em 2015 buscou examinar casos de discriminação que mães cegas nos EUA sofrem por parte dos profissionais de saúde médicos, enfermeiras e assistentes sociais, durante o período hospitalar pós-natal.

A autora desse estudo, que também era mãe cega e participante da Federação Nacional de Cegos dos Estados Unidos, identificou o cuidado pós-natal como o momento em que as mães podem estar susceptíveis de enfrentar as interações estigmatizantes com esses profissionais. O ceticismo sobre sua competência como mães está no auge (FREDERICK, 2015).

Observou-se, ao analisar os estudos, que a comunicação foi enfocada em sua maioria, e em menor quantidade na interação entre a mãe cega e seu filho. Ressalta-se, portanto, a relevância de desenvolver estudos que ouçam as mulheres cegas, seus anseios, experiências de vida com relação a elas mesmas, com relação à maternidade e sua vivência, e com isso instrumentalizar os profissionais, fortalecer e aprimorar o cuidado em saúde.

A intenção não é discutir sobre a maternagem, ou seja, os cuidados que mulheres cegas ofereceriam aos filhos, mas quais as necessidades em relação ao processo de transição para a maternidade, e como ocorre sua adaptação à função de mãe, pois pouco se sabe a respeito.

Na transição para a maternidade devem ser considerados, além do estado emocional da mulher, suas necessidades e a história pessoal, para ela conquistar confiança em si e em suas habilidades como mãe.

"A transição irá ser mais bem-sucedida ao se conhecer o que desencadeia a mudança, a antecipação ao evento, a preparação para mover-se dentro da mudança e a possibilidade de ocorrências múltiplas de transição simultâneas" (ZAGONEL, 1999, p. 28).

A enfermagem poderia atuar para compreender a transição na perspectiva de quem a vivencia, e identificar as necessidades para o cuidado (SANTOS et al., 2015).

Além de assistir a mulher cega no que se refere à sua sexualidade e ao desejo de vivenciar ou não a maternidade, todo o processo de transição deve ser estimulado**,** sua autonomia como mulher e mãe, e a relação entre ela e seu filho, identifica-se, portanto, uma lacuna a ser pesquisada.

A perspectiva em estudar essa temática surgiu inicialmente da minha prática como enfermeira, docente de uma Universidade Estadual no interior da Bahia (UESB), quando do acompanhamento de discentes na Disciplina Estágio Curricular Supervisionado, no desenvolvimento de ações nos serviços de planejamento familiar, de pré-natal e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e no cuidado à família em Unidades de Saúde da Família. Percebi, ainda que empiricamente, conflitos e dificuldades existentes na transição de mulheres para o estado de gestar e depois para cuidar de uma criança e em sua relação com o filho.

A minha vivência pessoal como mãe e as dificuldades encontradas com a maternidade, as expectativas que criei baseadas no modelo de mãe, e as cobranças pessoais que fazia e que recebia como condição para ser mãe dedicada e exemplar, contribuíram para atentar para as dificuldades e particularidades no processo de transição para a maternidade.

A dubiedade entre cuidar de mim ou da criança, estar pronta a qualquer hora para satisfazer as exigências do bebê (quase sempre emergenciais), a dor inicial de amamentar versus a importância da amamentação, aceitar a ajuda de outros ou cuidar em tempo integral, entender o amor materno como instintivo ou construído, foram questões que permearam meu momento inicial de ser mãe.

Além da vivência, seguiram-se as experiências de acompanhar mulheres familiares em processo de gestar e maternar crianças. Acrescentaram-se percepções sobre a maternidade e suscitaram indagações e reflexões sobre repensar o modelo atribuído de maternidade, a importância de considerar cada mulher subjetivamente, como a maioria das mulheres passa por esse período de transição, e se toda mulher que vivencia a maternidade apresenta o que observei e vivi.

As reflexões inevitavelmente me fizeram remeter às mulheres com deficiência, que estão ausentes nos serviços de saúde como por exemplo as mulheres cegas, em relação aos cuidados na transição para a maternidade.

Ao ingressar no Curso de Doutorado em Enfermagem, em convênio das Universidades Estaduais do Rio de Janeiro e do Sudoeste da Bahia, e iniciar a participação no Grupo de Pesquisa de Maternagem Especial, foi possível compreender como o objeto seria estudado, e conhecer pesquisas desenvolvidas com mães e filhos em condições especiais. As discussões no grupo e o processo de orientação foram determinantes e direcionaram à escolha dos referenciais teórico e metodológico propostos para esta pesquisa.

Com a intenção de trabalhar a temática descrita, direcionou-se o olhar à mulher cega, vivência e expressão sobre a maternidade, facilidades ou dificuldades que encontra, impressões e sentimentos, e elaborou-se o seguinte pressuposto:

O processo de transição para a maternidade de mulheres cegas é semelhante ao das mulheres videntes.

Muito embora não tenha experiência na assistência de enfermagem a mulheres cegas, entendo, a partir do trabalho com as mulheres videntes, que o apoio de profissionais de saúde que as auxiliem a vivenciar a maternidade de forma tranquila e a desenvolver uma relação favorável com o seu filho são extremamente urgentes. Para isso, é mister conhecer como ocorre a transição para esse público específico.

Entende-se como relevante o desenvolvimento de estudos que colaborem para direcionar o cuidado de enfermagem às mulheres cegas, pois todos os profissionais de saúde, sobretudo as enfermeiras, devem estar preparados para a atuação de qualidade, com vistas a identificar essa mulher, apoiá-la e oferecer um cuidado qualificado em saúde.

Ao tomar como ponto de partida os aspectos descritos acima, foram delineadas as seguintes questões norteadoras da pesquisa: Quais os sentimentos vivenciados pela mulher cega ao se tornar mãe? Como ela se sente ao exercer o papel de mãe? Quais facilidades e dificuldades encontra para exercer a maternidade?

Para responder às questões norteadoras foram elencados os seguintes objetivos:

a) Objetivo geral:
   – Analisar a maternidade de mulheres cegas na perspectiva da Teoria das Transições.

b) Objetivos específicos:
   – Compreender como a mulher cega vivencia o processo de transição para a maternidade;
   – Identificar os sentimentos vivenciados pela mulher cega ao se tornar mãe;
   – Descrever facilidades e dificuldades percebidas pela mulher cega ao exercer a maternidade;
   – Discutir o processo de transição da maternidade na perspectiva da mulher cega, à luz da Teoria das Transições.

Este estudo contribuiu por meio da análise das narrativas de vida para compreender como as mulheres cegas vivenciam a maternidade, e quais aspectos ou situações a

enfermagem, de forma mais efetiva, direcionaram o cuidado em saúde durante o processo de transição. Esse direcionamento colaborou na melhora do cuidado de enfermagem às mulheres cegas, além de contribuir na produção de conhecimentos científicos, propiciar discussão e aprimoramento do cuidado de enfermagem e fornece novas informações e evidências científicas sobre como prestar assistência a mulheres cegas na transição para a maternidade.

1 **REFERENCIAL CONTEXTUAL E CONCEITUAL**

1.1 **Políticas e direitos em saúde para mulheres cegas**

Historicamente, a mulher e a pessoa com deficiência sempre foram excluídas e marginalizadas, sem direitos garantidos frente à sociedade.

Mesmo após ser instituída a Declaração dos Direitos Humanos em 1948, que ressaltou a igualdade natural da humanidade, outras formas de sexismo, racismo e antissemitismo surgiram com o tempo. “Produziu-se nova explicação que contrapunha aos direitos humanos explicitações biológicas para o caráter natural da diferença humana” (HUNT, 2009, p. 188).

No tocante à vulnerabilidade relacionada à mulher, as questões de gênero foram aos poucos levantadas e discutidas, e as teorias feministas encontraram resistência, principalmente**,** a partir da Revolução Francesa, que trouxe à tona discussões sobre a igualdade política entre homens e mulheres.

As diferenças passaram a ser justificadas biologicamente: “as mulheres não eram simplesmente menos racionais que os homens por serem menos educadas: a sua biologia as destinava à vida privada e doméstica e as tornava inteiramente inadequadas para a política, os negócios ou as profissões” (HUNT, 2009, p. 188).

Havia a ideia de que as mulheres não estariam mais no patamar biologicamente abaixo do homem, mas se tornariam o sexo oposto. No início dos anos 1800 já existia o argumento biológico de que as mulheres tinham fibras musculares mais fracas e sua massa cerebral era mais delicada, incapazes para carreiras políticas, mas sua sensibilidade as adequava ao papel de esposa, mãe e ama (HUNT, 2009).

Pouco a pouco, o direito ao voto, à propriedade e à representação política, e o acesso à educação e à saúde reprodutiva foram alcançados graças aos movimentos feministas e à militância de mulheres que foram às ruas reivindicá-los. O mesmo aconteceu no Brasil. Somente em meados do século XIX se permitiu que mulheres estudassem em instituições de ensino básico e superior, e apenas em 1932 adquiriram o direito ao voto (LINS; MACHADO; ESCOURA, 2016).

Os casos de dominação ocorrem geralmente da maioria em relação à minoria, como negros e judeus, porém, a mulher mesmo sendo maioria sofreu dominação dos homens, e apenas adquiriu direitos que os homens “concordaram” em lhes conceder (BEAUVOIR, 2016).

De qualquer forma, ainda são imprescindíveis espaços de luta e mobilização para a conquista dos direitos femininos, com muitos ganhos a alcançar. A mudança social acontece mesmo aos poucos e com resistência ao modelo patriarcal vigente na maioria das sociedades.

Considerando a mulher com deficiência, e, neste estudo, mulheres cegas são vulneráveis em sua condição e necessitam de um direcionamento de cuidado em saúde e de políticas públicas que garantam seus direitos. De acordo com o referencial de vulnerabilidade, define-se como “resultante de um conjunto de fragilidades individuais e precariedades sociais que atingem um sujeito cujas condições de vida e saúde são influenciadas ou determinadas pelo social e pela história” (BRASIL, 2009a).

Ainda historicamente, a pessoa com deficiência conquistou direitos a partir de situações de exclusão, sofrimento e muita luta, sempre ressaltadas as diferenças entre pessoas com deficiência e pessoas definidas “normais”.

Ao discutir as formas de conceituação e denominação das pessoas com deficiência na história, observa-se que os termos denotavam a ideia de depreciação e não reconhecimento de sua identidade, desconsiderando-as como participantes da condição como espécie e gênero humanos (COSTA; QUIRINO; SILVA, 2010).

Situações de preconceito e estranhamento diante de quem não se encaixa no padrão definido socialmente ainda são vividas e vistas na sociedade, estereótipos relacionados à condição social, econômica e física servem para determinar como o indivíduo deve ser, ter e se comportar e são tidos como como definição do que deve ou não ser aceitável.

O conceito de vulnerabilidade definido além da noção de risco e exposição, mostra que as pessoas com deficiência expostas a situações de exclusão social e isolamento são vulneráveis e necessitam de suporte individual, social, cultural, político e econômico. Compreende indivíduos e grupos de indivíduos que se expõem a dado agravo de saúde a partir de três dimensões analíticas relacionadas aos aspectos biológicos, comportamentais e afetivos, às características do contexto e relações socialmente construídas e o modo e a forma em que a política, programas, serviços e ações interferem sobre a situação. As dimensões são nomeadas como individual, social ou programática (AYRES et al., 2012).

Uma forma de diminuir as situações de exclusão social seria através do acesso aos serviços de saúde garantido por meio de políticas públicas.

A acessibilidade tem como objetivo permitir um ganho de autonomia pessoal, total ou assistida, e de mobilidade, a uma quantidade maior de pessoas, especialmente àquelas com reduzida mobilidade ou dificuldade em se comunicar, para usufruírem dos espaços com mais segurança, confiança e comodidade (BRASIL, 2006).

Pessoas com deficiências estão em movimento de inclusão, e progressivamente cada vez menos à margem da sociedade. Ocupam espaços e se preparam para a independência, estudam, mantêm relacionamentos concretos e precisam ser devidamente assistidas. Ainda assim, deparam-se com barreiras de acesso aos serviços de saúde, educação e trabalho.

Com base nos princípios do SUS definidos na Constituição Federal, como igualdade e equidade, e condições disponíveis para essa igualdade, a inclusão social da pessoa com deficiência é a meta mais abrangente que se quer alcançar. Prevê a transformação da sociedade para todos desfrutarem de uma vida com qualidade e sem exclusões. Quanto maior a convivência, sem discriminações, maior a inclusão, o que fortalece a cidadania (BRASIL, 2006).

O Sistema Único de Saúde (SUS), oferece à partir da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família (ESF) como principal acesso à saúde básica, com o objetivo de reorientar práticas e ações de saúde integral e continuamente, o atendimento deve ser prestado pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família na unidade de saúde e em domicílios (BRASIL, 2006).

De extrema relevância é direcionar a esse segmento da saúde a presença de um profissional de saúde que apoie e estimule as pessoas com deficiência a garantir a satisfação de suas necessidades nos serviços básicos de saúde. Esses direitos devem ser garantidos através de políticas públicas de saúde, para serem de fato efetivados.

Alguns avanços foram alcançados para garantia dos direitos à pessoa com deficiência, em 2008, o Ministério da Saúde, com base na Organização das Nações Unidas e Direitos Humanos, definiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência inserida no Setor Saúde.

Dentro de um contexto de política governamental, apresentou como propósitos “reabilitar a pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e no seu desempenho humano – de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da

vida social – e proteger a saúde do citado segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências" (BRASIL, 2008).

No Brasil, as pessoas com deficiência sofrem com as diversas formas de exclusão, e se encontram vulneráveis frente à sociedade e aos costumes. Dentro de uma sociedade em que existe a predefinição de normalidade, a pessoa com deficiência se desvia da condição e desse conceito aceitável de "normal", e passa a ser alvo de julgamentos, isolamento e exclusão social (COSTA; QUIRINO; SILVA, 2010).

Alguns avanços foram alcançados nesse aspecto, levando à uma reformulação das denominações utilizadas e aquisição de alguns direitos, adquiridos a partir de reflexões e discussões.

Desde a Constituição de 1988, em que se definiu no Brasil o termo "pessoa portadora de deficiência", algumas leis foram criadas para melhorar a qualidade de vida e acessibilidade, ampliando os direitos constitucionais. Buscou-se um termo que enfocasse a pessoa e não a deficiência, passando a ser usualmente denominada "pessoa com deficiência" (COSTA; QUIRINO; SILVA, 2010).

Mesmo com a inclusão do termo "pessoa com deficiência" no texto constitucional, algumas modificações são ainda essenciais, com o aprofundamento de estudos na área é possível pensar em uma sociedade mais igualitária e menos excludente, por isso a revisão de termos e conceitos ser faz de extrema importância.

Deixou-se de se usar a expressão "pessoa portadora de deficiência", ao entender que não se porta uma deficiência, ela está com a pessoa ou na pessoa, mas não é a pessoa, razão pela qual a denominação internacionalmente mais utilizada é "pessoa com deficiência" (ARAÚJO, 2007).

Não se trata apenas de alteração na terminologia e sim uma mudança de conceito e de entendimento sobre o respeito às diferenças, espera-se com isso que as atitudes mudem também.

A mudança da terminologia de "pessoa portadora de deficiência" para "pessoa com deficiência" ocorreu nacionalmente a partir da Portaria 2344, de 3 de novembro de 2010 (BRASIL, 2010). Ainda é possível, portanto, encontrar textos ministeriais escritos anteriormente a essa data, utilizando a terminologia antiga.

Deve-se ressaltar que questões que envolvem as pessoas com deficiência vão muito além de leis e portarias e da terminologia, embora sejam extremamente importantes, pois

revelam a imagem que a sociedade faz de pessoas com deficiência. Dependem de uma mudança completa das formas de diferenciação social imputadas. Direcionam o que é diferente e o que é normal, quem se encaixa e quem deve ser excluído.

Há políticas públicas de saúde e direitos das mulheres e das pessoas com deficiência, mas devem ser discutidas para ser respeitadas, mesmo com todo o avanço conquistado. Mulheres com deficiência cada vez mais alcançam espaço na sociedade, com inserção e valorização no mercado de trabalho e emancipação social e familiar. Mas passam por situações de preconceito ou exclusão, principalmente**,** por serem duplamente vulneráveis (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2011).

Inclui**-se** nesse contexto o direito à vida sexual e reprodutiva, que por muito tempo foi negada ou negligenciada à pessoa com deficiência.

No que se refere à Declaração Universal dos Direitos Humanos, consta que "os direitos são universais, indissociáveis e interdependentes. Negar o direito à vida sexual implica negar a natureza humana dessa pessoa e, consequentemente, todos os seus demais direitos. O direito a viver a sexualidade é tão fundamental e universal quanto o direito à vida" (BRASIL, 2009a, p.14).

Após a adoção da definição de saúde reprodutiva pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1994, foram estabelecidos os direitos sexuais e reprodutivos do homem e da mulher, relacionados aos direitos sociais, além dos direitos individuais de não interferência e não discriminação. Entre eles, o direito de decidir, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento da vida, direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos e o direito de exercer a sexualidade e a reprodução, livre de discriminação, imposição e violência (BRASIL, 2009a).

Às necessidades de saúde da pessoa com deficiência acrescenta-se que "alinhada à ideia de autonomia/independência, está a noção de apoio e ajuda, como fundamental para as pessoas com deficiência, com base em uma atitude de respeito, compreensão e acolhimento às diferenças" (OTHERO; AYRES, 2012, p. 225).

Ao direcionar a investigação para mulheres cegas e sua experiência de maternidade, é possível entender como passam pelo processo de transição para a maternidade. O que sentem ao exercer o papel de mãe, facilidades e dificuldades que encontram durante o processo de transição e**,** consequentemente**,** identificar como seriam oferecidos cuidados em saúde da forma mais adequada possível e coerente com o processo de inclusão social que tanto buscam.

1.2 **Maternidade e papel da mulher na sociedade**

Na sociedade atual, em uma perspectiva de gênero, a definição de papéis para homens e mulheres ainda perpassa o senso comum. Mesmo que a mulher assuma diversas outras funções, a mais valorizada e estimulada ainda é a maternidade. Tida como ideal feminino, instinto natural e vocação. Existe, por parte da sociedade, a institucionalização histórica da figura materna, que atribui à mulher a função de principal responsável pelo lar e criação dos filhos.

A concepção de maternidade estaria vinculada a uma visão idealizada e romantizada do amor incondicional e instintivo da mãe com seu filho. A menina aprende desde muito cedo a cuidar, ser uma "boa mãe", a partir das referências femininas que encontra, como tia, avó e a própria mãe, além das influências da mídia e da escola. Reproduz o comportamento em suas brincadeiras da infância e mais tarde em seus desejos e expectativa da vida (SANTOS, 2011).

No momento em que a mulher passou a desempenhar atividades diversificadas na sociedade, adentrou o mercado de trabalho e tornou-se o centro produtivo de muitas famílias. Começou a ocupar espaços antes apenas dos homens, e o assunto se tornou muito discutido.

Apesar de a maternidade ser considerada um momento sublime na vida da mulher, e aguardado por muitas, a maternidade real tem sido muito discutida. Há reflexões de que seria vivenciada por algumas mulheres (mesmo as que desejam ser mães) com sentimentos de conflito, insegurança ou incapacidade frente ao novo. E mesmo de frustração, por não conseguir seguir um padrão de mãe esperado pela sociedade.

Com o objetivo de refletir sobre a maternidade, parte-se, inicialmente**,** dos significados de maternidade e maternagem. O desejo pela maternidade ocorreria antes mesmo da existência de um corpo grávido, com as brincadeiras de bonecas na infância, e dependerá dos valores sociais relacionados ao papel da mulher e ao significado de um filho em determinado contexto cultural (GRADVOH; OSIS; MAKUCH, 2014).

"Enquanto a maternidade é tradicionalmente permeada pela relação consanguínea entre mãe e filho, a maternagem é estabelecida no vínculo afetivo do cuidado e acolhimento ao filho por uma mãe" (GRADVOH; OSIS; MAKUCH, 2014, p.56).

Maternidade seria entendida, então, como o processo pelo qual a mulher passa ao gestar uma criança, e a maternagem se relaciona aos cuidados oferecidos ao filho.

Na sociedade, entende-se que “é pela maternidade que a mulher realiza integralmente seu destino fisiológico; é a maternidade sua vocação natural, porquanto todo o seu organismo se acha voltado para a perpetuação da espécie” (BEAUVOIR, 2016, p. 279).

No entanto, inspirados em interesses econômicos a sociedade pode se encaminhar em direção contrária a essa ideia de naturalização, como aconteceu em alguns países que passaram a determinam ou recomendar a quantidade de filhos que cada família deve ter.

A função reprodutora passou a não ser mais comandada pelo simples acaso biológico, mas pela vontade, controle da natalidade, contrapondo-se à vocação e ao desejo de maternidade (BEAUVOIR, 2016).

Ao estudar as atitudes maternas no decorrer da história, há autores que defendem que o amor materno não é inerente à condição de mulher, mas se adquire. A partir de uma reflexão sobre o desejo de maternidade e, principalmente**,** sobre o instintivo amor materno, observam-se diferentes ideias, principalmente**,** baseadas em fatos históricos, que questionam o instinto materno.

No entanto, para a maioria das sociedades, a maternidade ainda é vista como tema sagrado. O amor materno e o instinto materno seriam parte de um mito construído pela sociedade em suas mudanças, imprescindíveis principalmente para a perpetuação da espécie. O mito do instinto materno enxerga a maternidade como tendência feminina inata, como a maternagem, pois se somente as mulheres gestam, elas são as pessoas mais apropriadas para criar os bebês (BADINTER, 1985).

Mesmo com essa ideia arraigada, ainda há quem questione o tema, contestando essa forma normativa e inerente de amar.

Ao questionar o amor materno instintivo e inerente a toda a mulher e o mito criado em torno desse amor, traz-se ainda a hipótese de que o amor materno não é inato e sim exato, e que é adquirido nos dias passados ao lado do filho e do cuidado ofertado. Pergunta ainda: “se a criança não está ao alcance de sua mãe, como poderá a mãe amá-la? Como poderá apegar-se a ela?” (BADINTER, 1985, p.15).

Em seu discurso, a autora argumenta suas ideias baseada na filosofia, literatura e teologia, e traz à tona costumes de outras épocas da sociedade que demonstram que nem sempre foi explícito o desejo de maternidade das mulheres.

A princípio, se propôs considerar o amor materno como inato, um amor conquistado, um sentimento como qualquer outro, “...incerto, frágil e imperfeito”, baseando-se em alguns

momentos da história em que a criança teve pouca ou nenhuma importância (BADINTER, 1985).

O argumento de que o amor não está inscrito na natureza feminina, e tampouco ser praticado na sociedade, foi exemplificado com os costumes dos povos primitivos, que praticavam o infanticídio de crianças gêmeas, com deficiências ou ilegítimas. Na sociedade primitiva, "toda criança que não fosse perfeita em forma ou tamanho, ou que chorasse demais ou muito pouco, geralmente era morta. Deixava-se viver o primogênito, principalmente**,** se fosse do sexo masculino. As meninas tinham pouco valor" (ORLANDI, 1985, p. 25).

Outras questões são abordadas de forma reflexiva como por exemplo a prática de amamentar, hoje tão difundida, porém nem sempre foi valorizada.

É possível encontrar referências de que não era prática totalmente aceitável para se estabelecer o contato mãe-bebê e, consequentemente, a criação de um vínculo da forma como é vista atualmente (ORLANDI, 1985).

Assim também acontece com a valorização da criança, que difere em diferentes períodos da história.

No século XVII, as crianças eram vistas do ponto de vista teológico como fruto do pecado e, portanto, pecadoras. Nos séculos XVIII e XIX na França e em outros países da Europa, como no Brasil, as mulheres aristocratas em sua maioria não se ocupavam de seus filhos, e por vários motivos os enviavam às "amas mercenárias" para serem criados, até completarem idade para ter tutores e governantas, e em seguida terminar os estudos em internatos (BADINTER, 1985; ORLANDI, 1985).

Os relacionamentos também sofriam influência e eram vistos de forma diferente pelas classes da sociedade. Casamento e maternidade eram considerados pelas classes mais abastadas como fora de moda e vulgares, apenas as mulheres burguesas se ocupavam das crianças e dos afazeres domésticos femininos. A valorização da maternidade e do amor materno começou a ser considerada no final do século XVIII, com "a necessidade de produzir seres humanos que seriam a riqueza do estado", ao retomar as mães as tarefas esquecidas (BADINTER, 1985, p. 146).

A valorização da criança e supervalorização do papel da mãe, amamentação e tudo o que favorecesse o vínculo, seria fruto de uma necessidade do estado e da política. É possível também observar relatos de uma significativa diferença entre o tratamento dado às crianças burguesas e as proletárias, conforme descrito na citação:

> [...] o Estado e os puericultores ensinaram muito bem os pais burgueses a amarem seus filhos e a se angustiarem por eles, mas se esqueceram de ensinar o amor às crianças, sejam elas de que origem forem, independentemente de raça, classe ou religião. Os pais burgueses aprenderam a amar os próprios filhos, mas não os dos outros. Basta olhar as ruas das cidades dos países subdesenvolvidos para perceber o que ocorre com as crianças abandonadas, que dormem ao relento, famintas; e a insensibilidade das famílias burguesas, das classes privilegiadas e das autoridades diante da situação (ORLANDI, 1985, p.13).

O surgimento da medicina social como um dos instrumentos de controle da sociedade pelo estado moderno e a necessidade da sobrevivência da criança até a fase adulta em boas condições físicas para ser produtiva economicamente deram origem ao estímulo ao amor da família e o amor materno pela criança.

A considerar sobre esse amor ensinado, é possível referir que:

> É preciso haver um mínimo de condições materiais para que floresça o amor, sem as quais, mesmo que ele esteja presente, não pode ser demonstrado. Como é que pais miseráveis podem demonstrar amor aos filhos, se lhes faltam meios para bem alimentá-los, educá-los, fornecer-lhes condições higiênicas e outras atenções?... Como ensinar o amor sem combater as causas da miséria? Nenhum opressor pode ensinar amor a um oprimido. Ambos são alienados, ambos são envolvidos por ideologias deformantes (ORLANDI, 1985, p.32).

Amor materno sempre existiu, mas não como atitude universal. O instinto maternal não seria mais do que parte de um mito, postulado por extrema pressão social (BADINTER, 1985). Ao unir os termos *amor* e *materno* promoveu-se um sentimento, um enaltecimento à mãe, e elevou-se a mulher no contexto social (ORLANDI, 1985).

Para valorizar o contexto social da maternidade, foi atribuído a este, além do cuidado com a criança, a importância do estabelecimento do vínculo, que por sua vez leva a uma saúde psíquica frágil ou forte, e depende dos laços estabelecidos entre mãe e filho.

Alguns autores referem que, no momento do estabelecimento do contato pele a pele da mãe com o bebê ocorre uma sintonia entre os dois, “auxilia na estabilização sanguínea, dos batimentos cardíacos e respiração da criança; reduz o choro e o estresse do recém-nascido, com menor perda de energia, e mantém o bebê aquecido pela transmissão de calor de sua mãe” (MATOS et al., 2010, p. 998). Ocorre então o início do vínculo entre mãe e filho.

Nas referências sobre a temática são encontradas diversas explicações a respeito do estabelecimento do vínculo, os determinantes para ocorrer e as consequências se a relação não acontece efetivamente.

A partir do século XX, diversos psicanalistas e psiquiatras infantis se empenharam em definir teorias sobre a relação da mãe com o filho e o vínculo como consequência da relação. Foram discussões a partir de observações sobre o estabelecimento do vínculo e as consequências da não existência ou da perda para a criança e seu desenvolvimento (BOWLBY, 2005; WINNICOTT, 2006).

Toda mulher seria capaz de estabelecer com seu filho a relação íntima e afetiva estabelecida entre o bebê e a figura materna. O vínculo entre mãe e filho, satisfatoriamente estabelecido, foi analisado como imprescindível à saúde mental do indivíduo adulto (BOWLBY, 2005).

Nos diversos aspectos sobre o vínculo, alguns autores não explicam a formação do vínculo baseados exclusivamente no aspecto instintivo, mas não o desconsideram. Os fatores psíquicos, sociais e culturais contribuem igualmente no processo, como a história materna, desde acontecimentos anteriores à gravidez, até após o nascimento do filho (NASCIMENTO et al., 2005). “As representações psíquicas possibilitam que a mulher se torne mãe e construa sua ligação com o filho” (NASCIMENTO et al., 2005, p. 15).

Sobre os cuidados primários à criança, considera-se que o “holding”, que significa colo seguro, satisfatoriamente aconteceria por um cuidador, parente ou profissional de saúde. Não exclusivamente pela mãe, mas é ela a pessoa mais adequada para cuidar do filho, porque se adapta às exigências iniciais do bebê. Nesse período não tem nenhum outro interesse (WINNICOTT, 2006). Mas observa-se que, embora se considere que é a mãe a melhor pessoa para cuidar do filho, existiriam dificuldades na relação entre a mãe/bebê, que desencadeariam um relacionamento futuro não satisfatório, portanto, é preciso haver ajuda no processo.

A partir dos argumentos apresentados, a maternidade sofre variações entre a valorização e a não valorização de acordo com a época histórica da sociedade, explicações sobre o amor materno e sobre vínculo foram incorporadas à medida que evoluiu o conhecimento.

Para ser oferecida assistência à mulher que deseja ou vivencia a maternidade, deve-se conhecer a história e as variações em que se encontra a maternidade e o papel da mulher na sociedade. Mas é preciso igualmente identificar em que contexto social ela está inserida no momento em que passa por essa transição de papel e função. Diversas mulheres reclamam apoio para vivenciar a maternidade de acordo com as carências pessoais e de vida, e nada como oferecer ajuda para atravessar tranquilamente um processo transicional.

2 **REFERENCIAL TEÓRICO**

2.1 **Teoria das Transições**

Ao compreender a transição para a maternidade como momento delicado na vida de uma mulher, e diante da necessidade de conhecer e discutir como ocorre na vida de mulheres cegas, propusemo-nos a utilizar a Teoria das Transições para embasar teoricamente o estudo.

A Teoria das Transições é uma teoria de médio alcance, desenvolvida por Meleis (2010). Tem como tema o ciclo de vida individual e familiar e as mudanças que ali ocorrem.

As teorias da enfermagem foram desenvolvidas com o intuito de facilitar a explicação do fenômeno da enfermagem e de sua prática. Inicialmente se grandes teorias, baseadas na própria experiência e percepção dos teóricos no ensino e na prática de enfermagem, com o objetivo de definir a enfermagem. Da década de 1950 à década de 1970 se relacionaram as teorias elaboradas com a prática da enfermagem, a fim de definir seu caráter prescritivo ou descritivo, capazes de direcionar a pesquisa e a prática de enfermagem (IM et al., 2011).

Após as décadas de 1990 e 2000 ocorreram avanços na pesquisa de enfermagem. Os estudiosos começaram a pensar em teorias que seriam aplicadas a projetos de pesquisa. O movimento deu início às teorias de médio alcance. Nos últimos anos, as teorias de médio alcance foram bem aceitas em razão da sua aplicabilidade, utilizadas para explicar fenômenos de pesquisa e gerar proposições para os projetos (IM et al., 2011).

Como os eventos estudados pela enfermagem se relacionam aos vários tipos de transformações que ocorrem no ciclo de vida, a Teoria das Transições é bem aceita e utilizada. Explica e direciona a prática e o entendimento das transições pelas quais os indivíduos passam e a melhor maneira de oferecer uma assistência de qualidade.

A Teoria das Transições seria uma forma de estudar os fenômenos de enfermagem relacionados às transições, sistemática e abrangente. A enfermagem está presente em diversos momentos que clientes e famílias vivenciam. Testemunha mudanças e a necessidade de cuidados que essas transformações provocam.

Durante o período em que cursou o mestrado e o doutorado, na década de 1960, Meleis se interessou e investigou os fenômenos relativos ao planejamento da gravidez e aos

processos de transição e adaptação dos casais ao papel de mãe e pai. Concentrou-se na comunicação e interação entre os casais e tentou identificar o planejamento efetivo ou ineficaz do número de crianças nas famílias, com enfoque nas intervenções e resultados das ações de enfermagem. Por fim identificou que a transição não era de fato o centro principal do estudo (IM et al., 2011).

Em seguida, desenvolveu outra pesquisa, e levou em consideração os resultados de quando não ocorrem transições saudáveis, e como as intervenções de enfermagem facilitariam essas transições. Entre as décadas de 1960 e 1970 iniciou sua teoria desenvolvendo um trabalho sobre os papéis múltiplos de novas mães. Com a colaboração de outros autores argumentou que transições pouco saudáveis levam à insuficiência de papéis (IM et al., 2011).

A partir da definição do que são transições não saudáveis, Meleis detalhou o objetivo de transições saudáveis como "o domínio de comportamentos, sentimentos, sugestões e símbolos associados a novos papéis e identidades e processos não problemáticos" (IM et al., 2011, p. 282). Posteriormente, afirmou que o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem deveria ter como principal resultado a terapêutica de enfermagem, e o desenvolvimento de suplementação de papéis como terapêutica de enfermagem.

A Teoria das Transições serviu como base para estudos com diversos grupos específicos - transições de imigrantes, transições durante o envelhecimento, transição de mulheres afroamericanas durante a maternidade e outros. Os estudos serviram**,** também**,** de base para a definição da teoria de médio alcance. O desenvolvimento dos principais conceitos da teoria e das relações entre esses conceitos foram colocados em prática, em sua maioria, por ex-alunos de Meleis, em distintas populações e vários tipos de transições (IM et al., 2011).

Após realização de revisão de literatura por Meleis et al (2010) em bancos de dados indexados, utilizando "transição" como palavra-chave e estudos de 1994 a 2004, os autores observaram que a maioria dos estudos descreve a transição como período de reorientação e/ou transformação interna e não apenas passagem ou movimento. Os autores ressaltaram ainda que os trabalhos que estavam centrados na transição, mostraram que um processo transicional envolve transformação ou alteração com um processo de reorientação interna ao momento em que a pessoa aprende a adaptar-se e incorporar as novas situações em sua vida. O sofrimento seria reduzido ou aliviado durante o processo de transição e o sofrimento que ocorre pela mudança impelida seria o que move o indivíduo à transformação e transição.

Em um estudo de revisão de literatura se verificou que variou o significado do termo transição, conforme o contexto no qual foi utilizado. A enfermagem centra-se em ajudar as pessoas a passar pelas transições. Identificou-se que a transição ocorreria no decorrer do tempo e pode levar a uma mudança pessoal, ao desenvolvimento do indivíduo, relacional, situacional, social e ambiental, porém nem toda mudança levará a uma transição.

Por ser um processo que pode ocorrer ao longo da vida é necessário que se desenvolvam estudos comparativos longitudinais para se entender as experiências de transição no ciclo de vida do indivíduo.

> A transição acarreta mudança e adaptação em áreas como mudanças de desenvolvimento (por exemplo, de criança para adolescente, de adolescente para adulto e assim por diante.), pessoais, de relacionamentos, de situações, socioculturais ou ambientais, mas nem toda mudança resulta em transição. As crises da vida e as experiências de perda podem forçar a mudança e adaptação. Em comum, essas experiências têm o deslocamento, a desorientação e a perturbação causados à vida de uma pessoa e sua necessidade de encontrar novas maneiras de viver e ser no mundo que incorporem as mudanças (MELEIS et al., 2010, p.78).

A transição passou a ser um tema bastante utilizado em artigos sobre saúde. É mister conhecer mais sobre a teoria para relacionar a transição como objeto de pesquisa da prática de enfermagem.

Segundo Meleis (2010), as transições são em geral desencadeadas a partir de eventos críticos e mudanças em indivíduos ou ambientes, e se inicia assim que está previsto um evento ou alteração.

O conceito mais utilizado pela autora esclarece que transição é “uma passagem de um estado saudável para um estado mais saudável, e é um processo desencadeado por uma mudança” (MELEIS, 2010, p. 11).

Meleis (2010) propõe uma teoria em que sejam consideradas a natureza da transição, as condições em que ocorre a transição e os padrões de resposta do indivíduo. Sua estrutura teórica consiste em: tipos e padrões das transições, propriedades das experiências de transição, condições da transição: facilitadores e inibidores, indicadores do processo, indicadores do resultado, terapêuticas de enfermagem.

A Natureza das transições compreende os tipos, padrões e propriedades de transição. Os tipos de transição são quatro, classificadas em transição de desenvolvimento quando ocorre na vida do indivíduo; transição situacional que está relacionada à mudança de papéis

do indivíduo na sociedade; de saúde-doença, relacionadas à alteração no bem-estar pessoal e familiar e organizacional, relacionados a mudanças no contexto social, político ou econômico.

Os padrões estão relacionados à multiplicidade e complexidades das transições, levando em consideração se está ocorrendo uma ou mais transições, simultânea ou sequencial e seu nível de complexidade.

As propriedades da transição levam em consideração que as transições têm propriedades que dizem respeito diretamente a como o indivíduo se coloca diante de uma transição como conhecimento/consciência; ajustamento/compromisso; mudança e diferença; eventos e acontecimentos críticos; período de experiência.

Os condicionantes da transição também devem ser observados no processo de transição, pois existem condições facilitadoras ou inibidoras que influenciariam quem se antepõe ao processo de transição, relacionadas às condições pessoais, que dizem respeito a significados, crenças, atitudes culturais, nível socioeconômico, preparação e conhecimento. E condições comunitárias em que o indivíduo está inserido que tratam de suporte, informação, conselhos, modelos e condições sociais, como marginalização, estigmas e papéis socialmente definidos (SHUMACHER; MELEIS, 2010; SANTOS et al., 2015).

Como padrões de resposta tem-se: os resultados das mudanças que podem ser positivos, negativos ou neutros, relacionados aos fatores facilitadores e condicionantes do processo de transição. As respostas seriam avaliadas de acordo com os indicadores de processo e de resultado. No final de um processo de transição a pessoa se sente conectada, interage se está situada em uma transição, se desenvolveu confiança em si mesma, se adquiriu o domínio das novas competências, identidades ou papéis (MELEIS, 2010; MOTA et al., 2015).

Segundo Zagonel (1999) a transição será mais bem-sucedida se for possível identificar o que desencadeia a mudança, antecipar o evento e preparar para mover-se dentro da mudança.

A transição está presente em muitos momentos da vida, mas devem ser vivenciados em comportamentos que possibilitam o cuidado individualizado em cada situação experenciada. O enfoque do cuidado nesse aspecto é ajudar na passagem de um estado a outro ao ponderar que em situações difíceis o indivíduo responderia positiva ou negativamente como no desenvolvimento de uma relação mãe-filho fraca no contexto da maternidade.

A forma como a pessoa que passa pela transição responde às mudanças depende de variáveis como idade, eventos ocorridos que propiciaram a mudança, experiências de doenças, trajetória profissional e outros. Alguns aspectos da vida seriam mais afetados do que os demais (ZAGONEL et al., 1999).

As transições mereceriam cuidado de enfermagem se estão relacionadas a um processo de saúde ou doença, ou se as respostas se manifestam nos comportamentos relacionados à saúde.

A partir da Teoria, é possível delimitar os momentos de atuação da enfermagem, identificar a multiplicidade de fatores, e em qual situação ou contexto deverá haver a intervenção de enfermagem em um processo transicional.

O cuidado transicional se baseia em compreender a transição a partir da perspectiva de quem a vivencia e identificar suas necessidades e foi estudado à luz da teoria das transições por autores, que abordaram padrões de respostas às transições de idosos brasileiros aposentados (CALDAS; BERTERO, 2014), facilitadores do processo de transição da dependência para o autocuidado da pessoa com um estoma (MOTA et al., 2015) e a transição para a maternidade de mães de bebês com necessidade de cuidados especiais (KOKOKCU; BELIKTA; KUKULU, 2017).

Sobre a importância do conhecimento do processo de transição, afirma-se:

> O conhecimento é empoderador para aqueles que o desenvolvem, aqueles que o usam e aqueles que se beneficiam dele. Entender as propriedades e condições inerentes de um processo de transição levará ao desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem congruentes com as experiências particulares de cada paciente e sua família, promovendo assim respostas saudáveis à transição (MELEIS, 2010, p. 64).

As teorias direcionam a enfermagem ao conhecimento das estruturas, processos e respostas às transições que pessoas possivelmente vulneráveis vivenciam para a compreensão de situações ainda não explicadas.

O cuidado transicional para mulheres que vivenciam a maternidade foi explorado por alguns autores, como Zagonel et al. (2003), Catafesta et al. (2007), Alves et al. (2007) e Catafesta et al. (2009). Eles discutem principalmente a necessidade de apoio desse profissional de saúde ao processo transicional das mulheres para a maternidade.

Zagonel et al. (2003) afirmam que o desempenho e a adaptação ao papel materno incluem os aspectos culturais da família ou sociedade, e que o envolvimento de outras pessoas

para apoiar a mãe deve ocorrer com cautela, pois significaria apoio ou indicaria uma inaptidão nos cuidados de si e do filho.

No contexto da enfermagem, ela desempenharia o papel de orientar e dirimir as dúvidas mais frequentes da mulher e de sua família, ao desenvolver o cuidado transicional de enfermagem (ZAGONEL et al., 2003; CATAFESTA et al., 2007).

Evidencia-se, portanto, o cuidado transicional de enfermagem como forma de facilitar a atuação da enfermeira, e a utilização pertinente do referencial teórico sobre transição. Para o presente estudo, leva-se em consideração como eventos transicionais a maternidade e a mudança de mulher para mãe. Não se trata apenas de agregar outras atividades, mas de mudança de papel na vida.

3 **METODOLOGIA**

O caminho delineado para o desenvolvimento desta pesquisa encontra-se detalhado a seguir, a partir de congruência entre o referencial teórico da Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010) e o referencial teórico-metodológico de Narrativas de Vida de Daniel Bertaux (2010).

3.1 **Tipo de estudo**

Este estudo teve abordagem qualitativa, descritiva, caracterizado por uma perspectiva etnossociológica, e utilizou o método Narrativas de Vida. A pesquisa etnossociológica tem como característica concentrar seus estudos em determinado mundo social ou atividade específica relativa a um grupo de pessoas que se encontra em uma mesma situação social (BERTAUX, 2010). Propõe abordar distintas informações aprofundadas sobre um número menor de casos, diferentemente das pesquisas quantitativas, que se propõem a apresentar pequeno número de informações a respeito de vários indivíduos, embora tenham a tarefa de descrever e analisar fenômenos coletivos (BERTAUX, 2010). Utilizou-se a entrevista aberta como instrumento para coleta das narrativas, o que possibilitou melhor entendimento e aprofundamento do objeto de estudo, na perspectiva etnossociológica.

3.2 **Local da pesquisa**

Este estudo foi desenvolvido no município de Jequié, e teve como ponto de partida a Associação Jequieense de Cegos (AJECE). Contou com a autorização escrita da referida instituição, por isso citaram-se o seu nome e características.

Jequié se localiza na região Sudoeste da Bahia, na zona limítrofe entre a caatinga e a zona da mata, a 365 km de distância da capital do estado, Salvador. Possui área territorial de

3.035.42 Km^2 e uma população total de cerca de 150 mil habitantes. Sua economia se baseia no comércio, indústria, agricultura e pecuária (JEQUIÉ, 2015).

A AJECE foi fundada em 1994. Nela há atividades com o objetivo de incluir e prevalecer os direitos das pessoas com deficiência visual. Atualmente, tem o título de instituição não governamental, e mantém sua sede na Av. São Bernardo, 35, Centro – Jequié/BA. Atende a cerca de 100 associados da cidade de Jequié e cidades circunvizinhas, e desenvolve atividades internas e externas. Oferece: habilitação, reabilitação e apoio pedagógico para alunos com deficiência visual que se encontram matriculados na rede regular de ensino, desde as séries iniciais até o nível superior. Possui uma estrutura de dois pavimentos, com salas de estudos, de acompanhamento pedagógico e psicológico, salas adaptadas para o ensino de atividades de vida autônoma (AVA) e de estimulação precoce, dormitórios, banheiros, refeitório e auditório.

Tem como missão promover a inclusão social das pessoas com deficiência visual e respeitar as necessidades individuais e coletivas por meio de serviços especializados nas áreas social, esportiva, educacional e cultural (ASSOCIAÇÃO JEQUIEENSE DE CEGOS, 2015).

A Associação já tinha relação estabelecida com a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, o que facilitou o contato inicial, que ocorreu de forma muito receptiva por parte da coordenadora da Associação e dos funcionários. Após autorização do presidente, a coordenadora apresentou a instituição, instalações e funcionários de modo bastante gentil e se mostrou disponível em colaborar com a pesquisadora.

3.3 **Participantes do estudo**

A seleção de participantes adotou como critério de inclusão mulheres já cegas ao vivenciarem a maternidade, e como critério de exclusão mulheres que apresentassem alguma desorientação espaço/tempo que as impossibilitassem de conceder a entrevista.

As mulheres foram contatadas por meio de um banco de dados da AJECE, que dispõe de um quantitativo de 12 mulheres que possivelmente apresentariam o critério de inclusão para participar da pesquisa.

Caso fosse necessário ampliar o número de participantes, seria utilizada a estratégia da bola de neve (Snowball Technique), que tem como principal característica a identificação a partir da indicação de participantes iniciais da pesquisa (SANTOS, 2011; VINUTO, 2014). Ao se considerar que poderia haver dificuldade em localizar as participantes em um único cenário de pesquisa, como observado em estudos que tem como participantes um público-alvo de difícil acesso, a técnica permite a identificação das mulheres pela indicação de pessoas que compartilham ou conhecem com perfil compatível em relação aos critérios de inclusão do estudo (BERTAUX, 2010; SANTOS, 2011; JORGE et al., 2014).

Não foi preciso a utilização da técnica de bola de neve, pois se estabeleceu o contato com as mulheres na própria Associação. Após relação prévia das professoras cientes dos objetivos as mulheres foram abordadas e solicitadas a conceder a entrevista.

A maioria se mostrou extremamente solícita e aberta. Todas informaram ao final das entrevistas que falariam novamente se necessário. Uma das participantes, também professora da associação, relatou no momento da entrevista que aguardara ansiosamente o momento de narrar sua história de vida, e disse que "preferia deixar para o final para me preparar".

Do total de 12 mulheres entrevistadas, atingiu-se o ponto de saturação com a realização da 11ª entrevista, como recomendado por Bertaux (2010). A observação de reincidência das informações possibilitou identificar o ponto de saturação das narrativas. À medida que os temas ou argumentos começam a se repetir significa que entrevistar um maior número de sujeitos pouco acrescentará de significativo ao conteúdo (SPINDOLA; SANTOS, 2003; BERTAUX, 2010).

3.4 **Aspectos éticos**

O projeto foi submetido à Plataforma Brasil e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (CEP-SERES HUMANOS – IMS/CAT – UFBA). Aprovado sob parecer de Nº 1.996.349 e CAAE 65600517.0.0000.5556. Somente**,** após parecer favorável**,** deu-se início à coleta das narrativas.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e antes da entrada no campo para obtenção das narrativas, houve contato com a equipe da AJECE e solicitação de seu banco de dados para aproximação com as possíveis participantes. Com a autorização destas se agendou individualmente um dia para explanação sobre o projeto de pesquisa e entrevista.

Na oportunidade os documentos exigidos, foram apresentados e, antes da aplicação do instrumento de coleta de dados esclareceu-se a proposta acerca do objeto de estudo quanto à técnica a ser empregada e a quanto à sua participação. Explanou-se, igualmente, que a entrevistada estaria livre para participar, de acordo com os interesses individuais, e sobre a permanência no processo. A qualquer momento poderia desistir de participar da pesquisa sem nenhum prejuízo.

Confeccionou-se para as participantes maiores de idade o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A). Para as participantes menores de idade o Termo de Assentimento (APÊNDICE B) e o Termo de Autorização do Responsável Legal das Participantes Menores de Idade (APÊNDICE C). Ressalta-se que apesar de não ter participante menor de idade, os apêndices B e C foram mantidos no relatório final da tese.

Os termos foram apresentados impressos, em versão Braille e versão fonte ampliada. Mesmo as mulheres instrumentalizadas para a leitura em Braille preferiram que os termos fossem lidos pela pesquisadora ou professora da instituição. A confecção dos termos em versão Braille foram feitos pelo Centro de Apoio Pedagógico de Jequié (CAP), órgão estadual que auxilia a inclusão de crianças em idade escolar, e possui máquina impressora Index Braille.

Após o consentimento verbal e assinatura dos termos se iniciou a coleta das narrativas. Após cada entrevista, reapresentaram-se às participantes as narrativas gravadas para confirmação.

Garantiram-se o anonimato e a privacidade às informantes, ao considerar os aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, conforme estabelecido nas Resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012), e nº 510, de 07 de abril de 2016 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016). Para preservar o anonimato das participantes, atribuíram-se a sigla “En” para designar “Entrevistada” e o número correspondente de cada entrevista para a identificação (apesar de diversas participantes manifestarem que poderia ser usado o próprio nome e ser identificada a

entrevista). Os dados ficarão guardados com a pesquisadora por cinco anos e, posteriormente, incinerados.

3.5 **Técnica e instrumento para coleta, produção e análise de narrativas de vida**

As informações foram coletadas por meio de entrevista aberta, no método Narrativas de Vida, proposto por Bertaux (2010). A análise dos dados produzidos ocorreu à luz da Teoria das Transições de Meleis (2010) e agregou referenciais conceituais para embasar a discussão das narrativas.

3.5.1 Técnica de Narrativas de Vida

No processo de transição para a maternidade deve ser levado em consideração, além do estado emocional da mulher, as suas necessidades e história pessoal. Portanto, entende-se como pertinente a utilização de um referencial metodológico que permita ouvir as mulheres cegas, seus anseios, suas experiências de vida com relação a elas mesmas, com relação à maternidade e à relação com seu filho.

O emprego da Narrativas de Vida como método para a coleta e análise dos dados contribuiu para o alcance dos objetivos propostos, o que caracteriza a presente pesquisa como etnossociológica.

O método é utilizado em pesquisas na área da Enfermagem sobre os mais diferentes temas e permite que a assistência prestada atenda às exigências da clientela. Observa-se, no cuidado de enfermagem, além do cuidado vertical, que se deve ouvir o cliente, conhecer o que pensa, sente e o que precisa para ser estabelecido o tipo de cuidado a ser implementado (SANTOS, 2009).

O uso do método de Narrativas de Vida para obtenção dos dados é pertinente à medida que, segundo Bertaux (2010, p. 27), “permite identificar por meio de quais mecanismos e

processos os sujeitos chegaram a uma dada situação, como se esforçam para administrar essa situação e até mesmo para superá-la".

A entrevista narrativa anteriormente conhecida sob os termos "história de vida" ou "life history/life story", foi reformulada para a expressão "Narrativa de Vida". Após discordância entre realistas, que afirmavam que o indivíduo faz uma descrição bem aproximada da história que realmente viveu, e os antirrealistas, que defendiam que o termo "realmente vivido" não tinha sentido, pois a relação entre narrativa e história era muito incerta (BERTAUX, 2010).

Atualmente, utiliza-se o termo "Narrativa de Vida", igualmente utilizado na pesquisa, com o objetivo de caracterizar um modo particular de entrevista, em que o pesquisador pede ao participante que lhe conte toda ou parte da experiência vivida em determinada situação. Apresenta, desse modo várias informações aprofundadas sobre pequeno número de casos.

Diversos pesquisadores desenvolvem com sucesso a pesquisa etnossociológica, com a utilização da Narrativa de Vida, e descrevem o método como meio de obter informações relevantes para a pesquisa. E como objeto de investigação não participante, mas um tema específico (SPINDOLA; SANTOS, 2003; DIAS; SANTOS, 2005; SOUZA, 2006; SANTOS, 2011; REIS et al., 2012; AGUIAR, 2014; MELLO, 2016).

Partindo do particular para o geral, ao relacionar as narrativas de vida dos sujeitos é possível identificar recorrências de percursos de vida e elaborar hipóteses como reagem e suas atitudes sobre um mundo social ou situação social (BERTAUX, 2010).

Ao narrar sua vida, o participante expressa a realidade e a experiência. "Esse processo está inserido em uma conjuntura social e, ao se trabalhar com as narrativas subjetivas pelo método história de vida, é possível ter acesso à sua cultura, à sua realidade social, aos seus valores e até a suas ideologias" (REIS et al., 2012, p. 620).

Diferentemente da autobiografia, que trata da totalidade da história da vida de um sujeito, na narrativa de vida o participante é convidado pelo entrevistador a narrar as experiências passadas em um filtro estabelecido e informado pelo entrevistador. O filtro direcionará a narrativa ao orientar para questões que tenham relação com os interesses de conhecimento da pesquisa e deverá ser estabelecido desde o contato inicial que caracteriza o que Bertaux (2010) denomina de "contrato de entrevista".

Há autores que se referem ao método como "a ferramenta apropriada para as informações sociais, culturais e, também, de cunho histórico, visto que o sujeito da pesquisa

fala de um tema que apresenta completo domínio – sua própria experiência de vida, tornando a descrição mais confiável" (REIS et al., 2012, p. 619).

A abordagem etnossociológica, com a utilização do método de Narrativas de Vida para esta pesquisa, teve a intenção de compreender um objeto social em profundidade - a transição para a maternidade, e extrair das experiências das participantes que viveram uma parte de sua vida nesse objeto social - as mulheres cegas, informações e descrições a partir de suas narrativas de vida.

A entrevista aberta foi utilizada para compor o cenário investigativo. A técnica de entrevista sempre ocorre entre dois ou mais interlocutores, por iniciativa do entrevistador, e tem como objetivo adquirir informações sobre determinado objeto de pesquisa (BERTAUX, 2010).

A entrevista para Narrativas de Vida é oral, espontânea e dialógica. O sujeito é convidado pelo pesquisador a contar as experiências por meio de tema específico, e deverá ser informado pelo pesquisador sobre os interesses de conhecimento (filtro) desde o primeiro contato.

A partir de orientação geral do pesquisador sobre o objeto de estudo, inicia-se a entrevista. São aplicados filtros que direcionam especificamente as questões ou dúvidas que surgem por parte do entrevistador sobre o que o sujeito relata. A Narrativa de Vida se desenvolve apenas quando o sujeito começa a se apropriar da conduta da entrevista, ou seja, o sujeito conduz a entrevista e decide o quê e quando falará sobre determinado assunto (BERTAUX, 2010).

No uso da entrevista narrativa como técnica para coleta dos dados deve-se ressaltar que não é preciso a participante estar vivenciando a situação abordada durante a entrevista. Será entrevistada a qualquer momento de sua vida, pois, a entrevistada, retomará sua experiência vivida, e relatará as sensações, emoções e falas inerentes ao momento em que viveu a situação investigada (REIS et al., 2012).

Como se trata da experiência vivenciada de uma pessoa, as narrativas talvez viessem carregadas de emoções e lembranças - positivas ou negativas. O pesquisador deve, portanto, criar um ambiente favorável à entrevista.

Bertaux (2010) elenca importantes orientações para realização da entrevista narrativa, como**,** manifestar interesse durante a entrevista, interromper o mínimo possível, nunca fazer mais de uma pergunta por vez, não ter receio das emoções da participante. E ressalta que a

posteriori o entrevistador aprenderá a escutar bem, a compreender no ato as palavras do outro, a disciplinar impulsos e formular boas perguntas no momento certo.

Um roteiro para caracterização das participantes foi aplicado com informações sociodemográficas que permitiram conhecê-las melhor. A entrevista que abordou a temática ocorreu por meio de uma única questão, direcionando a narrativa e a interlocução com a participante: "Que mudança percebeu em você e em sua vida após o nascimento do seu filho?" (APÊNDICE D).

Os filtros foram utilizados, como recomenda o método, para extrair informações às quais a pesquisadora exigia. Tem a função de direcionar a narrativa, e estão relacionados à pergunta inicial, não a substituem. Foi solicitado que respondessem à pergunta inicial e que abordassem como se sentiram vivendo a mudança; como se sentiram durante a gravidez; como se sentiram após o nascimento do filho; se queriam ser mãe; e quais as facilidades e dificuldades vivenciou ao se tornar mãe ou para cuidar do filho.

Confeccionou-se um diário de campo para registro dos encontros, impressões, dúvidas e hipóteses que surgiram por parte da pesquisadora no momento da entrevista. E observações e reflexões sobre o que foi narrado. Além de facilitar a transcrição e análise, o diário seria utilizado para registrar o "*não dito*", enfatizado por Bertaux (2010) como o que não se consegue traduzir em palavras e é expresso em gestos, reações, expressões faciais, choro e silêncio.

Elaborou-se um historiograma, resumo da história de cada narrativa para a identificação das participantes e melhor compreensão da pesquisadora.

A reincidência das informações possibilita detectar quando se alcança um limite de entrevistas, pois à medida que os temas ou argumentos começam a se repetir significa que entrevistar maior quantidade de sujeitos pouco acrescentaria de significativo ao conteúdo, o que caracterizaria a saturação das informações (SPINDOLA; SANTOS, 2003; BERTAUX, 2010).

Neste estudo, a frequência de idas à Associação serviu como ambientação, pois, apesar de não ser vista pelas mulheres (o que era inicialmente grande preocupação da pesquisadora), a presença física da pesquisadora foi notada pelo contato com as professoras, que informavam às mulheres a presença da pesquisadora nos momentos de intervalo das aulas, no lanche coletivo ou aulas de AVA.

Com a devida explicação por parte da pesquisadora sobre como se daria o trabalho e os objetivos, foi oferecida uma das salas de estimulação precoce para ocorrerem as entrevistas. Nos momentos em que a sala estava sendo utilizada, as entrevistas aconteciam no auditório, ou em sala de acompanhamento pedagógico, sempre respeitando a privacidade da entrevistadora com a entrevistada. As entrevistas ocorreram entre a última semana de abril e a primeira semana de agosto.

As entrevistas ocorreram sem intercorrências, com duração mínima de 09 minutos e 40 segundos e máxima de 01 hora e 17 minutos. De posse de um diário de campo, todo o gestual e expressões faciais das participantes foram observados e registrados pela pesquisadora. Ocorreram momentos de emoção, choro e risadas. Expressavam como se igualmente refletissem sobre a própria vida, repensaram as coisas que viveram e como reagiram a determinadas situações. Justificaram atitudes com narrativas contundentes, exatas, mas se mostraram reticentes ao relatar fatos, sem terminar uma frase, ou com longas pausas ao final do pensamento.

Sempre sem interferência da pesquisadora, as entrevistas seguiram em um ambiente acolhedor para se sentirem à vontade para falar o que desejassem. As interferências aconteceram apenas em momentos nos quais era imprescindível retomar alguma frase dita pelas participantes para extrair mais elementos sobre o tema da pesquisa. Diversas mulheres narraram que se sentiam como se estivessem em uma sessão de terapia, em que podiam falar sobre o que quisessem.

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas logo após, como indica o método, pois permite organizar as ideias em relação às unidades temáticas e ao ponto de saturação (BERTAUX, 2010).

3.5.2 Procedimentos para análise das narrativas de vida

A análise das narrativas de vida começou com as três primeiras entrevistas, as balizadoras, que se desenvolveram paralelamente à coleta das demais narrativas.

Ao utilizar o método, o sujeito narra sua vida, hierarquiza, valoriza e pontua determinados aspectos, e imprime a sua visão pessoal e subjetiva sobre os fatos da própria vida (DIAS; SANTOS, 2005).

A partir das entrevistas, emergiram significações pertinentes ao objeto de pesquisa que se tornaram indícios para a pesquisadora formular hipótese ao término da investigação (BERTAUX, 2010). Com as informações e indícios de uma narrativa de vida há a classificação dos níveis de significação. Bertaux (2010) os define como três principais: de sistemas e atores; campo e habitus ou estrutura versus agência; e relações intersubjetivas fortes.

A classificação ajuda a situar não apenas os acontecimentos, mas os estados do sujeito em relação à personalidade, suas relações subjetivas e situação social. Todo fator que modifica um dos três estados é um acontecimento, e reciprocamente, os acontecimentos da vida alteraria os três estados, definindo o percurso bibliográfico do sujeito (BERTAUX, 2010).

Após a transcrição das narrativas houve a leitura flutuante, e em seguida sucessivas leituras. Os conteúdos foram comparados apenas para definição dos temas e identificação de recorrências das mesmas situações e temas nas falas.

Houve a análise temática, comparativa, não das narrativas e acontecimentos marcantes em si, mas fatos e ocorrências que teriam em comum sua ordem temporal, indicando a estrutura diacrônica das experiências vividas. A estrutura diacrônica se refere às relações dos acontecimentos como o antes e o depois e vai além da ordem cronológica dos fatos (BERTAUX, 2010).

Após a leitura exaustiva das entrevistas, ocorreu a codificação das narrativas por cores. Para melhor visualização da pesquisadora, foi feita na íntegra, comparando-a com as unidades temáticas, a fim de a intenção de perceber se haveria a possibilidade do surgimento de novos temas, para posteriormente serem agrupados.

A codificação e recodificação dos temas serviram para agregar os temas recorrentes entre as narrativas e notar o que apareceu de mais similar entre elas. Dos temas extraídos foram agregados os de conteúdos semelhantes, e observou-se a recorrência de cada um em cada entrevista, temas mais abordados e menos abordados.

Identificou-se que o tema mais recorrente entre as entrevistas foi o relacionamento com o(s) filho(s) e a importância deste(s) em sua vida, e a entrevista que mais abordou temas foi a de número quatro.

Todas as entrevistas foram analisadas uma a uma. Atenta e exaustivamente foram elencados os temas que emergiram nas narrativas de vida, observados pelas pesquisadoras no momento da análise.

Talvez outros temas sejam ressaltados ao olhar de distintos pesquisadores, pois a história de vida do pesquisador e as experiências vividas influenciam no modo como analisa a narrativa de vida de outras pessoas (BERTAUX, 2010).

Para melhor visualização e leitura mais objetiva, os temas foram distribuídos em um quadro, e constatados em cada entrevista os temas identificados e as recorrências com o total de temas ao final de cada entrevista (Quadro 2).

Quadro 2 - Distribuição dos temas extraídos das entrevistas (continua)

Temas extraídos das entrevistas	Recorrências dos temas nas entrevistas											
	Ent 1	Ent 2	Ent 3	Ent 4	Ent 5	Ent 6	Ent 7	Ent 8	Ent 9	Ent 10	Ent 11	Total
A maternidade como desejo, realização e prazer.	x		x	x			x	x	x		x	7
As mudanças corporais e na vida depois da maternidade.	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	10
Relacionamento com o (s) filho (s) e a importância deste (s) em sua vida.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	11
A superação da deficiência e demonstração de força ao tornar-se mãe.	x		x	x	x	x	x	x	x		x	9
A insegurança inicial.	x				x			x	x			4
Os cuidados dispensados ao (s) filho (s).	x	x	x	x		x	x		x	x		8
O prazer de ver o filho (s) crescer (em) bem.	x	x	x	x	x		x	x				7
Experiência que adquiriu com a maternidade e como pôde ajudar outras mulheres depois.	x										x	2
O orgulho de não depender do pai da criança ou da família para criar seu (s) filho (s).	x	x	x	x	x							5
Sentimento de satisfação com seu corpo depois das transformações da gestação.	x						x					2
Sonho de ter uma profissão, de estudar.	x	x									x	3

Quadro 2 - Distribuição dos temas extraídos das entrevistas (conclusão)

Temas extraídos das entrevistas	Recorrências dos temas nas entrevistas											
	Ent 1	Ent 2	Ent 3	Ent 4	Ent 5	Ent 6	Ent 7	Ent 8	Ent 9	Ent 10	Ent 11	Total
A descoberta da gravidez e a aceitação.			x	x	x	x	x	x	x		x	8
Sonho cultivado de ser mãe, se casar e ter uma família.		x		x	x			x				4
Situações de violência intrafamiliar como estupro, agressão física e verbal.		x		x								2
Aceitação da gravidez por parte da família e parceiro.		x	x	x		x						4
Apoio recebido durante a gestação e na criação do seu (s) filho (s).		x	x	x	x	x			x		x	7
Relacionamento com o pai da criança.	x	x	x	x		x		x	x		x	8
Percepção sobre a perda da visão.		x	x		x			x	x	x	x	7
Situação de aborto ou perda familiar.		x	x		x							3
Experiência vivenciada do parto.			x	x	x	x	x	x			x	7
Novos relacionamentos.		x	x	x		x						4
Cuidados do profissional de saúde com o(s) filho(s) e a gestação.				x	x	x					x	4
Sobre o preconceito.		x		x	x	x	x	x	x	x	x	9
Situação de abandono vivida na infância.					x							1
A expectativa da chegada do(s) filho(s).				x		x						2
Total	12	15	15	18	15	13	10	11	11	05	13	

Fonte: A autora, 2019.

Por fim houve a síntese e categorização para apresentação dos dados após leitura e reflexão. Na análise dos agrupamentos emergiu uma categoria denominada Processo de transição da maternidade de mulheres cegas na perspectiva de Afaf Meleis e três subcategorias.

A primeira subcategoria, denominada *Experiências vivenciadas pelas mulheres cegas ao se tornar mãe*, tem nove temas agregados e diz respeito ao que as mulheres vivenciaram e descreveram sobre a maternidade, desde as mudanças que ocorreram até suas adaptações e sentimentos relacionados a essa nova fase de sua vida. Ressaltaram-se ainda os sentimentos que vivenciaram.

A segunda subcategoria, *Facilidades e dificuldades das mulheres cegas no contexto da maternidade*, apresenta 11 temas agregados, e diz respeito ao que durante a maternidade ajudou e facilitou o processo, como o apoio que recebeu durante e depois da gestação e o que pode ter dificultado o processo, como situações de preconceito e insegurança vivenciadas.

A terceira subcategoria, *Terapêutica de enfermagem na transição da maternidade das mulheres cegas*, possui cinco temas agregados e elenca situações em que a enfermagem poderia efetivamente colaborar no processo da maternidade das mulheres cegas.

As subcategorias não são excludentes, ou seja, os temas podem perpassar outras subcategorias, e estas estão sempre interligadas.

Para melhor visualização apresenta-se a seguir a categoria e suas subcategorias e os temas agregados em cada uma delas (Quadro 03).

Quadro 3 – Distribuição da categoria e subcategorias extraídas e agrupadas

Categoria	Subcategorias
Processo de transição da maternidade de mulheres cegas na perspectiva de Afaf Meleis	1 Experiências vivenciadas pelas mulheres cegas ao se tornar mãe A descoberta da gravidez e a aceitação. A expectativa da chegada do(s) filho(s). Sentimento de satisfação com seu corpo depois das transformações da gestação. As mudanças corporais e na vida depois da maternidade. A maternidade como desejo, realização e prazer. Sonho cultivado de ser mãe, se casar e ter uma família. A superação da deficiência e demonstração de força ao tornar-se mãe. Experiência que adquiriu com a maternidade e como pôde ajudar outras mulheres depois. Sonhos de ter uma profissão, de estudar.
	2 Facilidades e dificuldades das mulheres cegas no contexto da maternidade A insegurança inicial. Aceitação da gravidez por parte da família e parceiro. Sobre o preconceito. Apoio recebido durante a gestação e na criação do seu(s) filho(s). Os cuidados dispensados ao(s) filho(s). Orgulho de não depender do pai da criança ou da família para criar seu(s) filho(s). O prazer de ver o filho(s) crescer(em) bem. Relacionamento com o(s) filho(s) e a importância deste(s) em sua vida. Situação de abandono vivida na infância. Relacionamento com o pai da criança. Novos relacionamentos.
	3 Terapêutica de enfermagem na transição da maternidade das mulheres cegas Percepção sobre a perda da visão. Cuidados do profissional de saúde com o(s) filho(s) e a gestação. Experiência vivenciada do parto. Situação de aborto ou perda familiar. Situações de violência intrafamiliar como estupro, agressão física e verbal.

Fonte: A autora, 2019.

4 **ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS NARRATIVAS DE VIDA**

Este capítulo inicia-se com a caracterização das participantes da pesquisa, e segue com a discussão da categoria de análise que emergiu das narrativas de vida: Processo de transição da maternidade de mulheres cegas na perspectiva de Afaf Meleis e suas três subcategorias: Experiências vivenciadas pelas mulheres cegas ao se tornar mãe; Facilidades e dificuldades das mulheres cegas no contexto da maternidade e Terapêutica de enfermagem na transição da maternidade das mulheres cegas.

Foram discutidas, com o referencial teórico da Teoria das Transições de Meleis (2010), outros autores e referenciais conceituais considerados importantes para embasar a análise das narrativas produzidas.

4.1 **Caracterização das participantes**

A partir das narrativas coletadas foi possível relacionar as características sociodemográficas das participantes que se apresentam descritas para melhor visualização na Tabela 01. Observou-se que entre as participantes a faixa etária foi de 32 a 63 anos de idade, a religião predominante foi católica e a renda familiar esteve em torno dos Benefícios do INSS (auxílio-doença e outros), aposentadoria por idade, por invalidez, pensão familiar, e apenas duas mulheres mantinham atividades remuneradas.

Sobre o nível de escolaridade, a maioria das participantes informou que estudou até o 6º ano do Ensino Fundamental II, e apenas duas completaram o Ensino Superior. Neste quesito, vale ressaltar que várias têm aulas de braile na AJECE, e que o ensino é compatível com o grau de instrução.

De acordo com os dados nacionais do IBGE (2010), no que se refere ao nível de instrução, na população com deficiência, sem especificar o tipo, 14,2% das pessoas com deficiência possuíam o fundamental completo, 17,7%, o médio completo e 6,7% possuíam superior completo (BRASIL, 2012).

Tabela 1 - Distribuição das participantes segundo características sociodemográficas. Jequié, 2018

Participantes	Idade	Religião	Renda familiar	Escolaridade
En 1	41 anos	Evangélica	Pensão do ex marido + benefício do INSS	6º ano do Fundamental II
En 2	52 anos	Católica	Benefício do INSS	6º ano do Fundamental II
En 3	63 anos	Católica	Aposentadoria	Alfabetização
En 4	32 anos	Católica	Aposentadoria	Não estudou
En 5	39 anos	Evangélica	Aposentadoria	6º ano do Fundamental II
En 6	46 anos	Católica	Aposentadoria	6º ano do Fundamental II
En 7	54 anos	Acredita em Deus	Aposentadoria	Superior incompleto
En 8	43 anos	Evangélica	Aposentadoria	6º ano do Fundamental II
En 9	50 anos	Católica	Salário como professora da AJECE	Nível superior, formada em Letras e Educação Especial
En 10	46 anos	Católica	Salário como professora da AJECE	Formada em Magistério, Pedagogia e Psicopedagogia
En 11	42 anos	Católica	Aposentadoria e pensão do ex-marido destinada à filha mais velha.	Nível médio

Fonte: A autora, 2019.

Os dados apresentados na Tabela 02 se referem às características das participantes com relação à moradia e atividade que exercem.

No contexto, apenas duas mulheres são provenientes de cidades circunvizinhas ao município de Jequié. A maioria mora com familiares, uma relatou que mora sozinha e informou que o faz por opção, pois gosta de ter seu espaço.

Sobre atividades que exercem, uma das mulheres informou que cursa a Faculdade de Pedagogia na UESB, outra desenvolve trabalhos como atriz, cantora e compositora, e outras duas são professoras da AJECE.

Todas as demais mulheres informaram cuidar da casa e atividades na AJECE. As atividades variam entre aulas de Braille, escrita cursiva, AVA (atividades de vida autônoma), computação e alongamento, esporte, Soroban (ábaco japonês para fazerem cálculos matemáticos) e participação no Grupo de Oração AJECE com Cristo.

Observa-se que a informação sobre atividade que exerce se destaca ao considerar o direito ao trabalho da pessoa com deficiência. No cenário nacional, apesar da existência legal de cotas para trabalhadores com deficiência, a inserção destes no mercado de trabalho ainda é considerada baixa quando comparada a das pessoas sem deficiência (BRASIL, 2012).

Tabela 2 - Distribuição das participantes segundo moradia e ocupação. Jequié, 2018

Participantes	Cidade em que mora	Com quem mora	Atividade que exerce
En 1	Jequié	Com o filho	Cuida da casa e faz atividades na AJECE
En 2	Jequié	Com o companheiro	Cuida da casa e faz atividades na AJECE
En 3	Jequié	Com a filha e três netos	Cuida da casa e faz atividades na AJECE
En 4	Itiruçu	Com os filhos	Cuida da casa
En 5	Jequié	Com o companheiro, as filhas e o neto	Cuida da casa e faz atividades na AJECE
En 6	Jequié	Sozinha	Cuida da casa e faz atividades na AJECE
En 7	Jequié	Com um amigo	Atriz, compositora, cantora e voluntária na AJECE
En 8	Jequié	Com os filhos e o companheiro	Cuida da casa
En 9	Jequié	Com a mãe, os filhos e a irmã	Professora de Artes da AJECE
En 10	Jitaúna	Com o marido e os três filhos	Professora de Braille da AJECE
En 11	Jequié	Com dois filhos mais novos	Estudante de graduação em Letras

Fonte: A autora, 2019.

A experiência da maternidade foi igualmente abordada na parte do instrumento que caracteriza as participantes e é apresentada em informações conforme consta na Tabela 03. O número de filhos variou entre um e quatro filhos, com idade atual entre seis e 34 anos. A entrevistada En 3 relatou que seu primeiro filho faleceu aos 40 dias de vida, por problema de saúde e não soube informar com precisão, apenas que foi adoecendo e faleceu. A maioria das mulheres teve a experiência do parto natural, as demais tiveram parto cesáreo e apenas uma teve gestação gemelar.

A amamentação ocorreu entre a maioria das mães. No entanto, duas mulheres narraram não ter amamentado, e entre as que amamentaram a duração média foi de aproximadamente 18 meses. No Brasil, a prática de aleitamento materno vem crescendo ao longo do tempo, embora, a duração da amamentação continue abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde. A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal, realizada em 2008, constatou entre todas as mulheres, com ou sem deficiência, que o aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses era de 41% com mediana de aleitamento materno exclusivo por 54 dias e a prevalência de aleitamento materno em crianças de 9 a 12 meses era de 58,7% com mediana de aleitamento materno de 11,2 meses (BRASIL, 2009b).

Tabela 3 - Distribuição das participantes segundo informações relacionadas à maternidade. Jequié, 2018

Participantes	Nº de filhos	Idade dos filhos	Tipo de parto	Amamentou	Duração da amamentação
En 1	01	14 anos	Normal	Sim	01 ano e 08 meses
En 2	02	32 anos e 30 anos	Cesáreos	Sim	02 anos 02 anos e meio
En 3	02	Um filho falecido A filha tem 34 anos	Normais	Não	-
En 4	02	15 anos e 10 anos	Cesáreos	Sim	10 meses 08 meses
En 5	04	22 anos 21 anos 19 anos 18 anos	Normais	Sim	01 mês 01 mês 06 meses 04 anos
En 6	01	17 anos	Cesáreo	Sim	03 anos
En 7	01	21 anos	Cesáreos	Sim	01 ano 05 meses
En 8	03	13 anos 11 anos e 06 anos	Normais	Sim	01 ano 02 anos e 06 meses
En 9	02	14 anos	Cesáreo (gêmeos)	Sim	04 meses
En 10	03	15 anos 11 anos e 09 anos	Cesáreo	Não	-
En 11	03	18 anos 13 anos e 06 anos	Normais	Sim	02 anos cada um dos filhos

Fonte: A autora, 2019.

Para contribuir com a caracterização das participantes do estudo, um historiograma foi confeccionado apresentando resumidamente as principais informações sobre cada participante e demonstrando sequencialmente se houve interesse em participar da entrevista, um pouco da sua história e o tempo de entrevista.

Algumas informações do historiograma foram relevantes para colaborar com a análise das narrativas de vida e foram agregadas e apresentadas no Quadro 04, como idade, com quantos anos se tornou mãe, sua relação com a AJECE, atividades que desenvolvem atualmente e outros elementos importantes de sua narrativa, como a relação com o pai do seu filho.

Quadro 4 – Breve relato das narrativas de vida (continua)

Entrevistada	Historiograma
En1	Demonstrou bastante interesse em participar da entrevista. Tem 41 anos, foi mãe aos 29 anos de idade, frequentou a AJECE por cinco anos, fechou a matrícula na instituição e voltou há dois anos. Tem um filho, se separou do pai do seu filho, relata que o primeiro marido a expulsou de casa, levando outra mulher para sua casa, momento em que o filho desenvolveu problemas psicológicos. O filho também está apresentando dificuldade visual. Casou-se de novo e está em processo de separação do seu segundo marido. Duração da entrevista: 9 min e 40 segundos
En2	Demonstrou bastante interesse em participar da entrevista. Tem 52 anos, foi mãe aos 17 anos, frequenta a AJECE há cinco anos. Tem duas filhas, nunca se casou. As filhas moram em outra cidade, mas mantêm contato com a mãe. Atualmente tem relacionamento estável. Duração da entrevista: 1 hora e 17 min
En3	Demonstrou bastante interesse em participar da entrevista. Tem 63 anos, não soube precisar quando começou a perder a visão, mas informa que ficou com dificuldade de enxergar aos poucos. Relata que teve muitos namorados, mas nunca se casou, e trabalhou muito em casas de família. Teve dois filhos, um menino e uma menina. O primeiro filho faleceu aos 40 dias de nascido, cujo motivo não soube informar, e a segunda filha hoje está com 34 anos. Mora com a filha e os netos de cinco, 15 e 17 anos de idade, respectivamente. Vive da aposentadoria, e cuida da casa, informa que realiza as atividades de casa com muito prazer, como lavar a roupa e lavar pratos. Duração da entrevista: 49 min e 20 segundos
En4	Aceitou participar da entrevista apenas a partir da segunda solicitação. Tem 32 anos, tem cegueira desde que nasceu. Os dois filhos também apresentam alteração na visão. Nunca trabalhou fora e não estudou. Mora com os dois filhos, uma menina de 15 anos e um menino de dez anos. Afirma que faz todas as atividades da casa e cuida dos filhos. Não tem relacionamento atualmente. Duração da entrevista: 28 min e 08 segundos
En5	Demonstrou bastante interesse em participar da entrevista. Tem 39 anos, perdeu a visão progressivamente; quando teve a primeira filha ainda enxergava, mas com o tempo foi perdendo a visão. E quando teve a quarta filha já não enxergava mais. Foi mãe pela primeira vez aos 17 anos, suas filhas e neto não têm alteração visual. Mora com o esposo, as quatro filhas e seu neto de seis anos. Informa que o marido trabalhava na ferrovia, agora está desempregado e vivem da aposentadoria da mesma. Duração da entrevista: 39 min e 48 segundos
En6	Demonstrou bastante interesse em participar da entrevista. Tem 46 anos e apresenta cegueira total em um olho e baixa visão em outro desde que nasceu. Engravidou aos 28 anos, teve uma filha que hoje está com 17 anos e mora em outro município. Informa que vai ser avó e que se sente muito feliz, atualmente mora só e vive da aposentadoria. Duração da entrevista: 58 min e 18 segundos
En7	Demonstrou bastante interesse em participar da entrevista, sugerindo que ocorresse na sala da direção da AJECE. Tem 54 anos, deficiência visual desde o nascimento. Refere que foi mãe no auge da sua juventude. É uma das fundadoras da AJECE. Tem um filho e não está se relacionando com ninguém atualmente. Mora com um amigo com quem já teve um relacionamento. Seu filho não apresenta deficiência. Vive da aposentadoria, desenvolve atividades na AJECE como voluntária, informa ser atriz, compositora e cantora. Duração da entrevista: 35 min e 47 segundos
En8	Demonstrou bastante interesse em participar da entrevista. Tem 43 anos, refere que foi mãe aos 28 anos, tem três filhos. Começou a perder a visão quando seu primeiro filho estava com nove meses de nascido. Morava em outro estado e se mudou para a cidade atual há um ano, porque havia se separado do marido. Segundo ela, colocou-a para fora de casa juntamente com os filhos. Os filhos não apresentam alteração visual. Há cinco meses seu marido pediu para voltar o relacionamento, e mesmo contra a vontade dos filhos, ela o aceitou. Vive da aposentadoria que recebe e cuida da casa com a ajuda dos filhos. Duração da entrevista: 59 min e 40 segundos

Quadro 4 – Breve relato das narrativas de vida (conclusão)

En9	Demonstrou interesse em participar da entrevista desde o contato inicial, mas pediu para ser entrevistada por último. Tem 50 anos, refere que foi mãe aos 36 anos, teve filhos gêmeos, atualmente com 14 anos. Não conviveu com o pai das crianças desde o nascimento dos filhos. Apresenta baixa visão desde o nascimento. Entrou na AJECE como aluna e atualmente é professora de artes. Antes trabalhava em uma creche, mas refere que não pôde continuar, pois não conseguia identificar as crianças por não enxergar direito. Refere que gosta de trabalhar com idosos. Duração da entrevista: 33 min e 54 segundos
En10	Demonstrou bastante interesse em participar da entrevista. Tem 46 anos, teve baixa visão progressiva, é casada há 19 anos e teve o primeiro filho de forma planejada aos 31 anos. Seus filhos estão com 15 anos, 11 anos e nove anos. É professora de Braile na AJECE, e mora em outro município, fazendo o trajeto de ida e volta de ônibus todos os dias. Duração da entrevista: 39 min e 59 segundos
En11	Demonstrou bastante interesse em participar da entrevista, foi contatada por telefone fornecido pela AJECE. A entrevista ocorreu na UESB, em uma sala próxima ao Núcleo de Inclusão, onde realiza atividades. Tem 42 anos, perdeu a visão aos 33 anos, pouco antes de ser mãe de seu terceiro filho de seis anos. Tem outros dois filhos, uma menina de 18 anos, que cursa Medicina em outro estado, e um menino de 13 anos. Refere que os meninos são diagnosticados com autismo, herdados do pai, que também foi diagnosticado com autismo leve. O marido se separou desde que ela recebeu o diagnóstico de perda total da visão. É estudante de Letras na UESB. Duração da entrevista: 46 min e 18 segundos

Fonte: A autora, 2019.

O roteiro para a construção do historiograma se baseou nas informações contidas nas narrativas de cada participante. Por fim apresenta o tempo de duração de cada entrevista, que variou entre nove minutos e 40 segundos e uma hora e 17 minutos.

4.2 **Categoria - Processo de Transição da Maternidade de Mulheres Cegas na Perspectiva de Afaf Meleis**

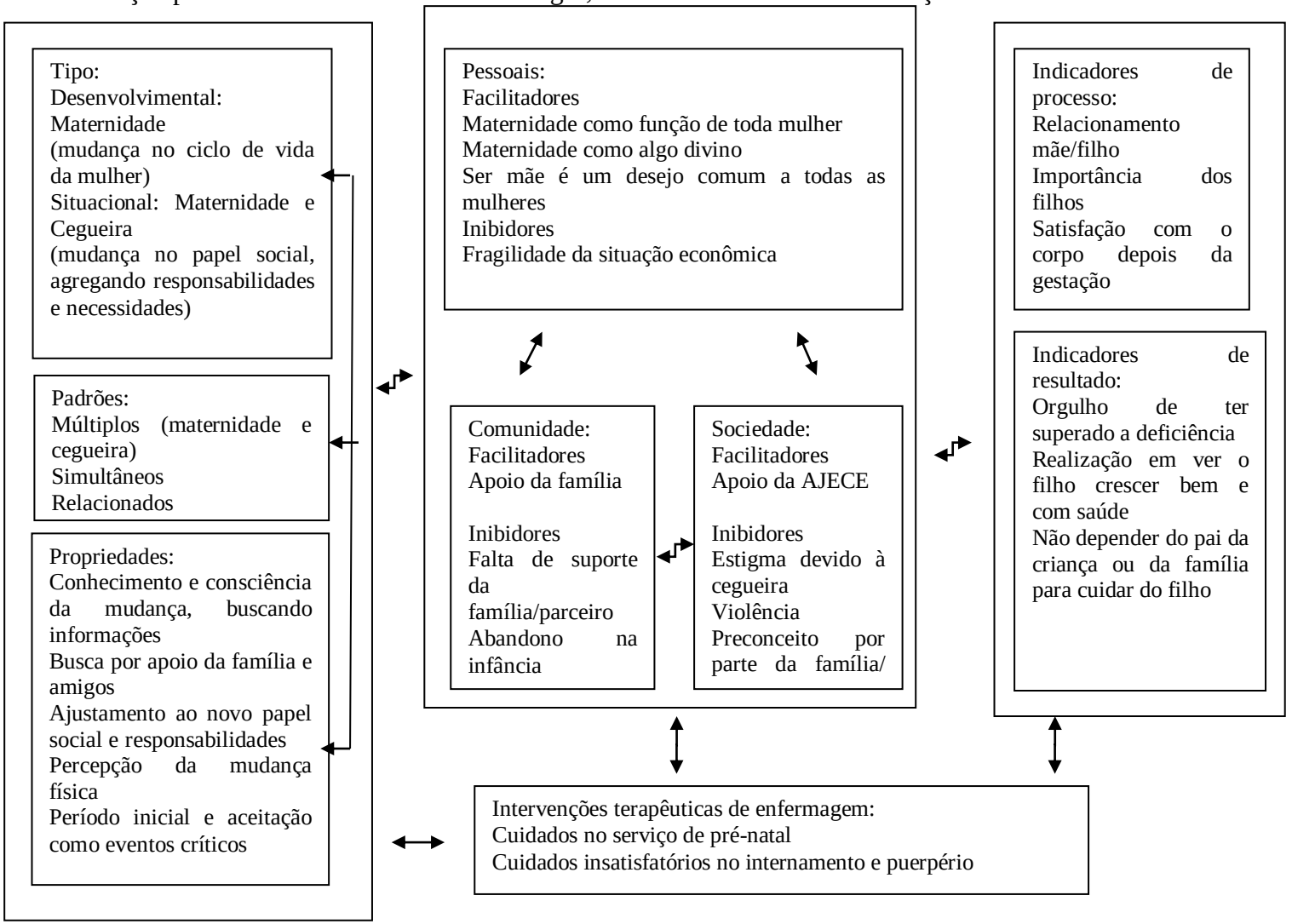
As transições vividas por uma pessoa podem ser classificadas de acordo com a Teoria das Transições de Meleis, pela sua natureza, por tipos, padrões e propriedades. São classificadas como transições de desenvolvimento se ocorrem no ciclo de vida do indivíduo; se estão relacionadas à mudança de papéis do indivíduo na sociedade são denominadas transições situacionais; de saúde-doença se relacionadas à alteração no bem-estar pessoal e familiar, e organizacional se são relacionadas a mudanças no contexto social, político ou econômico (SHUMACHER; MELEIS, 2010; SANTOS et al., 2015).

Esta categoria de análise identificou que as narrativas de vida das mulheres cegas evidenciaram as transições desenvolvimental e situacional. Na Figura 1 confere-se como

ocorreu a transição para a maternidade no contexto das mulheres cegas participantes do estudo, seguindo os elementos propostos pela Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Ao considerar como ocorreu a transição, é possível definir exatamente em qual momento a enfermagem poderá intervir no cuidado à mulher cega em transição para a maternidade, conhecendo o processo e cuidados, além das dificuldades encontradas.

Figura 1 – A transição para a maternidade de mulheres cegas, conforme a Teoria das Transições de Meleis



Fonte: A autora, 2019.

Em relação a Natureza das transições, as narrativas de vida de mulheres cegas evidenciaram que a mudança corporal, alterações hormonais e adaptação do organismo da mulher para receber outro ser ocorrem da mesma forma que as demais mulheres. Assim, a maternidade é entendida como *transição desenvolvimental*, pois ocorre no ciclo de vida da mulher e leva ao amadurecimento corporal.

Durante todo o processo de maternidade, a mulher passa por mudanças, desde a decisão de engravidar ou continuar a gravidez, o preparo para a gestação, as alterações que ocorrem em seu corpo, a forma como essa gravidez é recebida até a adaptação à nova situação de ser mãe e cuidar.

Meleis et al. (2010) denominam de "cuidado materno engajado", o processo em que as mulheres se preparam para ser mães, compreendem a realidade, adaptam-se aos seus bebês, sonham e planejam uma boa vida para si mesmas e para seus filhos e família, processo que vai desde a decisão de engravidar até o momento em que o cuidado materno incorpora-se à sua identidade.

Ao se tornar mãe, a mulher muda de papel na sociedade, agrega outras atividades, responsabilidades e necessidades que antes não apresentava, o que leva a maternidade a ser compreendida como *transição situacional*.

A adaptação ao novo papel e a incorporação do cuidado materno à sua identidade pode levar um tempo menor ou maior para cada mulher e depende muito do contexto em que vive, como e com quem vive e se tem à disposição uma rede de apoio. Por isso vê-se experiências positivas e negativas no processo de maternagem, podendo esse engajamento ser variado para cada mulher.

No que diz respeito às mulheres participantes, algumas vivenciaram, com a transição para a maternidade, outra situação, a de ficar cega no período da gestação ou imediatamente anterior, assim, vivenciaram duas transições concomitantes.

No contexto, a maternidade de mulheres cegas é entendida como um processo de transição de padrão múltiplo, sequencial, simultâneo, e relaciona, na maioria dos casos, a maternidade e a cegueira.

A cegueira também é entendida como *transição situacional*, pois a mulher muda de papel na família, por exemplo. Deixa de ser a provedora, ou cuidadora, pelo menos por um tempo, até se aceitar cega e reaprender suas atividades. Além de todo o processo que segue desde a descoberta do que lhe causou a cegueira, o tratamento (em alguns casos), a aceitação

pessoal e familiar, formas de readaptação à sua vida, até aprender a viver sob a nova condição.

Quanto as propriedades da transição, as experiências de transição têm propriedades que abordam como o indivíduo se posiciona diante da mudança, e são elementos essenciais para o entendimento da transição.

São elas: conhecimento/consciência; ajustamento/compromisso; mudança e diferença; eventos e acontecimentos críticos; período de experiência. As propriedades não são necessariamente distintas, elas se inter-relacionam (SHUMACHER; MELEIS, 2010; SANTOS et al., 2015; MELEIS et al., 2010).

Pelas narrativas de vida, observou-se que as mulheres cegas desenvolveram conhecimento e consciência da mudança que a maternidade provocou, buscaram informações e apoio de pessoas da família e amigos e, em alguns casos, embora tenham sido poucos, de profissionais de saúde.

O ajustamento ao novo papel social e o compromisso com as novas responsabilidades que a maternidade trouxe foram observados, e mais além, o ajustamento à sua condição pessoal de cegueira, à mudança de estilo de vida, à adaptação às necessidades do filho.

> Aí eu tive que desfazer de muita coisa que eu gostava por conta disso, deixei de ir em festa, deixei de fazer um monte de coisa por conta disso... Aí eu tive que parar de cantar até os enjoos passar, os enjoos passou, foi com cinco meses, aí eu voltei de novo. Aí, quando ela nasceu, quando ela nasceu até que eu cantei mais rápido, eu cantei com dez dias. É muitas coisas assim eu deixei de fazer, eu deixei de sair com as amigas, deixei de ir pra roça que eu gostava muito de ir (En 06).

> Quando ele nasceu eu tive que amamentar um ano e cinco meses, foi que eu percebi realmente a minha responsabilidade de ser mãe. Ó, eu engravidei no auge da juventude, eu só queria é passear, andar arrumada, andar em salão, o compromisso era só comigo. Eu não tinha compromisso com ninguém. Com filho, com sobrinho, com nada. Meu compromisso era comigo mesma. Comprar roupas e mais roupas, sapatos. Ah, eu gostava de tudo isso! Mas mesmo assim, quando L. nasceu, eu continuei. Era pra mim e pra ele, pra mim e pra ele, comprava pra mim e comprava pra ele, mas chegou um momento que era só pra ele (En 07).

Deixar de pensar apenas em si para se dedicar ao filho, se adaptar à um novo estilo de vida são transformações importantes que ocorrem na vida de toda mulher quando se torna mãe, por isso deve-se existir uma rede de apoio, que a ampare e a entenda e que possibilite maior leveza nas mudanças da vida e que ela se adapte bem ao papel.

Ao analisar os recursos psíquicos para o exercício da maternagem pesquisadores apontam que algumas mulheres relatam sentir um maior afeto, cuidado e preocupação e,

também, um discurso que relaciona maternidade e aumento de responsabilidade. Algumas renunciam às festas, às saídas à noite e outras ao trabalho por causa do filho (STELLIN et al., 2011).

As mulheres narraram que perceberam a diferença em seu corpo, e destacaram a sensação de se sentir autônomas e independentes.

> [...] eu mudei, que eu era uma pessoa, eu não era ainda assim, eu não me sentia independente, mas depois de passar a ser mãe fui aquela pessoa independente, de cuidar deles e minha vida... (En 04).
>
> Primeiro que assim... há uma transformação no nosso corpo, na nossa mente, no nosso psicológico... e tem a questão também a gente fica muito gordinha, às vezes não consegue emagrecer mais, e tem toda aquela dificuldade...” (En 06).
>
> É me ajudou na autonomia, eu me senti mais forte, eu me senti mais eu mesma, me senti muito tranquila, risonha, muito forte, muito forte mesmo, e com muita garra e coragem (En 07).

As participantes demonstraram ajustamento às mudanças corporais e de atitude, para algumas mulheres essa mudança pode ser benéfica e para outras não, visto que em nossa sociedade valoriza-se um padrão de beleza e de comportamento feminino que nem sempre se aplica a todas as mulheres, podendo causar frustrações.

A exigência em alcançar os padrões de beleza impostos pela sociedade excluem mulheres com imperfeição estética como por exemplo uma deficiência, e torna-a consequentemente, menos aceitável (SANTOS, 2011). Isso pode levar mulheres a evitar uma gravidez devido principalmente à mudança que ocorrerá no corpo, no entanto não foi o que ocorreu com mulheres participantes do estudo.

A descoberta da gravidez e a aceitação da deficiência visual foram descritas como eventos críticos, marcados por inseguranças e preocupações de como seria a vida desde esse momento.

Durante as entrevistas, muitas mulheres recordaram e se emocionaram ao lembrar dos medos e inseguranças que sentiram quando se tornaram cegas e algumas em processo concomitante de ficar cega e descobrir a gravidez.

> Porque, assim, com 36 anos, grávida de gêmeos, ai, que susto. Meu Deus do céu! Aí eu fiquei... meu Deus, tem aquela questão, que quando parir velha tem os filhos doentes, sempre falavam assim, né? (En 09).
>
> É assim, até então eu não imaginava ter outro filho depois que eu perdi a visão... e veio o momento de né, que aconteceu eu engravidar. Foi um susto... O sentimento

> era só de rejeição no primeiro momento. Era a minha aceitação, né? Era dois momentos, minha aceitação como deficiente e a rejeição de mais um filho, né? Então foi aquela coisa de aceitação (En 11).

No contexto da entrevistada En 11, a perda da visão veio concomitante à surpresa de sua terceira gravidez, o que a deixou bastante hesitante. No entanto, em sua narrativa ela deixou claro o apoio que recebeu de uma assistente social da AJECE durante esse processo de descoberta até a aceitação.

As mulheres ressaltaram o período que tiveram para aprender a ser mãe. O termo "aprender" apareceu naturalmente nas narrativas. Naturalizado provavelmente pelo fato de sempre terem que aprender ou reaprender coisas na vida e se adaptar à cegueira, aos novos ambientes, a andar sozinhas, a atravessar a rua e outras atividades consideradas rotineiras.

> Tudo que eu puder aprender, até enquanto Deus me permitir ver, eu vou aprender pra poder aproveitar depois. Então é por isso que eu me preocupo muito hoje com a organização, me preocupo muito, eu sou muito abusada com relação à organização em casa, né? Pra gente não ter dificuldade nenhuma em fazer as coisas (En 10).

Demonstrar que deseja aprender a ser mãe e se adaptar à condição de cegueira entendendo estes como eventos críticos, é também demonstração de força e coragem diante dos enfrentamentos e das dificuldades da vida.

Igualmente observa-se no estudo sobre maternidade desenvolvido por Meleis (2010), que alguns eventos críticos podem aumentar o estresse durante a gravidez, como casos de preconceito, estereótipo e descrédito que algumas mulheres vivenciam. No estudo, o ambiente mediava a transição tanto fornecendo apoio quanto aumentando o estresse, sendo que duas condições afetaram as experiências e reações à transição, o fato de a gravidez ter sido ou não planejada e histórias de problemas de saúde das mães, que levaram à diminuição da sensação de bem-estar emocional e físico de algumas mulheres e, consequentemente, inibiram a transição (MELEIS, 2010).

Em relação aos condicionantes da transição, existem condições que podem ser facilitadoras ou inibidoras e influenciam quem atravessa o processo de transição. Estão relacionadas às condições pessoais (significados, crenças, atitudes culturais, nível socioeconômico, preparação e conhecimento; condições comunitárias em que o indivíduo está inserido (suporte, informação, conselhos, modelos) e condições sociais (marginalização, estigmas e papéis socialmente definidos) (SHUMACHER; MELEIS, 2010; SANTOS et al., 2015).

No contexto das mulheres cegas, as narrativas trazem como questões facilitadoras aquelas relacionadas ao significado e crenças da maternidade como entendimento de que a função de toda mulher é ser mãe, a crença na maternidade como algo divino, e a atitude cultural que define que ser mãe é um desejo comum a todas as mulheres.

O que poderia inibir outras mulheres pelo fato de não concordarem com as premissas acima, no caso das mulheres cegas as encorajou, reforçou, pela ideia de que por serem mulheres estariam aptas e hábeis a ser mãe.

> A maternidade pra mim é uma coisa muito especial. Eu, quando me tornei ser mãe, eu me tornei ser mãe com 29 anos. Então foi uma coisa muito especial na minha vida. Eu vivia assim, muito sozinha é... assim... quando eu tive meu filho foi um prazer, né? (En 01).
>
> Porque uma pessoa com deficiência sendo mãe é uma grande alegria Deus fazer, dar essa oportunidade pra mim. Sinto muito feliz (En 04).
>
> Estou bem, até hoje, graças a Deus. Deus me deu os filhos, né, que pra mim foi uma bênção, e tá sendo (En 09).

A dubiedade dos sentimentos que vivenciaram sobre a perda da visão influenciou como inibidores no processo de transição para a maternidade. Se para algumas mulheres a condição de ficar cega foi encarada com atitudes de força e coragem, diversas participantes narraram a não aceitação da cegueira e a perda da independência, tornando o processo de adaptação mais sofrido.

> [...] e aí eu fui trabalhar nas cozinhas, de doméstica, fui trabalhar catando café, já com problema de deficiência, porque eu já falava com a minha família que eu tinha problema de deficiência, só que eles não acreditavam (En 02).
>
> Fiquei com depressão porque, devido ao problema que eu passei, eu sofri muito na primeira cirurgia, depois o olho descolou, operei a segunda também, sofri também, e tanto eu como ele chorava, né, tanto nós dois como chorava, porque eu não tava tendo condições de cuidar dele (En 08).
>
> Mas é... não é fácil, ter a deficiência, ser limitada, e tem algumas coisas que eu não posso fazer, dependo de outras pessoas (En 10).

O nível socioeconômico foi observado como inibidor nas narrativas, e mostra, em evidência, a fragilidade da situação econômica das mulheres cegas, que vivem em sua maioria de pensões ou aposentadorias. Apenas duas mulheres trabalham e recebem salário de acordo a formação profissional. Ressalte-se que não retrataram o nível socioeconômico como "problema".

> Então eu, passei muito sofrimento, eu passei muito... foi o tempo das ‘vacas gordas’, e depois foi o tempo da ‘“vaca magra’, passei muito, a gente passou muita fome... E aí hoje em dia e mesmo assim, mesmo com isso eu nunca perdi a minha fé em Deus, eu sempre falava eu quero ser... ter um dia... pra mim dar, alguém... as minhas filhas não tinha roupa, aí as pessoas dava. Meus irmãos eram todos mais bem de vida do que eu, mas minhas filhas, nunca questionou em nada, entendeu?! (En 02).

Sobre o preparo e conhecimento da maternidade, várias narraram dificuldade nas primeiras gestações, mas com a prática conseguiram superar os problemas posteriores, igualmente em outras gestações. Narraram sobre a insegurança inicial de a criança nascer com algum “problema na visão”, não saber cuidar do filho, o medo de dar banho e amamentar.

> Porque eu, nessa época, eu tinha esses 29 anos, nunca tinha pegado uma criancinha nova de colo. Então eu fiquei assim: Meu Deus, como é que eu vou chegar em casa, vou dar um banho por causa do umbigo e essas coisas (En 01).

> Tive muita dificuldade pra tá cuidando dele ali, porque eu fiquei com medo né? (En 08).

> E essa dificuldade também, quando a gente tá grávida né, vai para os espaços, e a gente precisa mais de ajuda, né, de atenção. Se tá num soro, sem os óculos a gente não consegue ver ali o gotejamento como é que tá, né, toda essa preocupação que envolve as pessoas que estão ao nosso redor e mais ainda a família, né...? (En 09).

O medo de não saber cuidar, de não conseguir amamentar e de não ser suficientemente boa foi observado nas narrativas e é frequente no processo de maternagem para qualquer mulher, mesmo quando se tem uma formação profissional em saúde essa insegurança inicial é presente, principalmente**,** entre mães em sua primeira gestação (WINNICOTT, 2006).

A expectativa e o desenvolvimento da identidade materna também podem ser influenciados por acontecimentos como aborto, doença, ou gravidez não planejada, como se pode observar em estudo sobre maternidade com mulheres afro americanas (MELEIS, 2010).

Em alguns casos, a condição comunitária de viver em família foi facilitada pelo apoio recebido, mas em outras narrativas se percebeu que a falta de apoio da família foi condição inibidora e dificultou o início da adaptação à maternidade.

> [...] aquela gravidez de namoro, não cheguei a conviver com o pai de minhas filhas, mas ele assim... ficou noivo, a gente ficou noivo, aí depois que ele soube que eu estava grávida, aí ele se saiu... Voltei pra casa de minha mãe, falei com minha mãe e minha mãe me aceitou, meu pai não me aceitou... mesmo assim, que ele era um pai bom também né, mas devido que ele não queria, não aceitava, né, uma filha sem ter marido, né, aí ele: - Ah, se você não casar não fica, tal. Mas, mesmo assim, depois ele aceitou, aceitou minhas duas filhas (En 02).

> [...] parecia gravidez, eu fiz o teste fui dar pra ele, e ele queria que eu abortasse o menino (En 04).

As participantes En 02 e En 04 narraram esses episódios de suas vidas com um semblante muito triste, com expressões faciais pesadas e aparentemente com muita mágoa da reação que pai da criança e seus familiares tiveram ao receber a notícia da gravidez. Porém logo demonstraram que conseguiram superar esses momentos com a vinda dos filhos.

No entanto, algumas mulheres narraram que receberam algum suporte durante a gestação e na criação do filho, apoio da família em sua maioria, da mãe ou irmã, e do companheiro. O maior apoio institucional e profissional veio da AJECE.

> Foi difícil, mas, minha família, sempre junta, né, tenho uma irmã que me ajuda muito, que tava assim... a todo momento comigo... É, S., ela deixou de trabalhar, minha filha, pra poder me ajudar e acompanhar nos espaços, porque eram dois, né, aí ela não... o amor foi tamanho que ela abandonou tudo e até hoje ela me ajuda com esses meninos, tanto que as pessoas pensam que meus filhos são filhos dela do que meu (En 09).

> Na qual eu procurei a AJECE. E que eu tive todo suporte, né? De aceitação como perda da visão, como ser mãe, e assim, ali a transformação no meu corpo foi como... desenvolvendo aquele feto, eu estava sentindo que ali dentro tinha uma pessoa que precisava muito de mim, e sim, que eu precisava muito daquela pessoa. Então, assim, foi isso que me fez eu enfrentar tudo, né? (En 11).

Mesmo as mulheres que receberam suporte institucional e familiar como observa-se nas narrativa**s** das entrevistadas En 09 e En 11, vivenciaram diversas outras dificuldades como o medo de ter o bebê trocado na maternidade.

> E quando P. L. nasceu, né? Teve acompanhamento da assistente social, e que também me deu todo suporte lá no hospital, e as pessoas. E eu ficava o tempo todo com medo né, de roubar meu filho. Quando ela saía, quando não tinha ninguém da família e que colocava meu filho próximo a mim ali no berçário, eu ficava segurando na mão, eu não soltava da mão. Tanto que minha mão ficava, dava cãibra, porque o jeito de eu colocar eu ficava assim: não podem me roubar. Todo mundo dizia que era lindo: - Oh, seu filho é lindo! Ele dava um chorinho eu segurava. Sempre vinha as outras mães me ajudar, e eu não queria ajuda, eu pra mim, a todo momento, iam levar meu filho, trocar meu filho. E eu passava a mão toda hora no rosto, no cabelo, na mãozinha, eu queria ver alguma referência que eu pudesse né? Se outra pessoa levasse eu dizia: - Não, esse aqui não, é meu! Então assim, eu ficava pegando ele a todo o momento (En 11).

O momento em que a entrevistada En 11 relatou esse medo ocorreu como uma forma de confissão, falando baixinho e de forma muito emocionada. Esse receio seria sentimento vivenciado por mulheres em geral embora não totalmente consciente, porém, serem cegas

torna as mães do estudo mais inseguras, intensifica o medo e aumenta a vulnerabilidade das mesmas.

As alterações físicas que ocorrem estão relacionadas às experiências psíquicas e tornam a mulher mais vulnerável, ocorrendo com frequência episódios de choro, tristeza, medos e somatizações, assim como preocupações em relação às dificuldades financeiras e a perda de suas atividades, que aparentemente denota uma recusa em estabelecer um laço com o bebê, paradoxalmente, apontam consolidação de um vínculo (STELLIN et al., 2011).

Além disso, situações de violência familiar, como estupro, agressões físicas ou verbais, abandono na infância, aborto ou perda familiar foram evidenciadas nas narrativas de vida, e contribuíram como inibidores no processo.

> Porque eu fui morar com uma irmã minha, e aí meu cunhado foi e me estuprou, então, não foi um amor, né? Aí, foi aonde eu arranjei esse namorado, e aí ficou com as duas, ficou a menina primeiro, depois eu tive outro menino, perdi, aí depois teve a terceira menina, que foi a minha outra filha, né? (En 02).

Os condicionantes sociais foram observados nas narrativas, em situações de marginalização descritas pelas mulheres e de estigmatização pelo fato de serem cegas e desejarem ser mães.

> [...] na minha família achavam que, assim, por eu ser deficiente é... eu tenho inclusive uma tia mesmo, que ela falava que eu não poderia arrumar ninguém, que eu tinha que ficar morando com minha mãe, que não sei o quê, que eu não podia ter marido, coisa e tal, ter um filho, entendeu? Aí, assim, aí eu acho que por aí já começa a rejeição, aí é quando assim, as pessoas viram que eu estava grávida, entendeu, aí me fizeram acreditar, e não botou fé que eu pudesse cuidar dela, sem pai, só com a ajuda da minha mãe, entendeu? (En 06).

As participantes narraram preconceitos sofridos por parte da família, que desacreditava em sua capacidade de cuidar do filho, narraram abandono dos parceiros ao descobrir sobre a gravidez, por achar que elas não seriam capazes de cuidar, e preconceito delas mesmas, pois muitas vezes durante esse percurso duvidaram da própria capacidade de cuidar.

A condição comunitária que tanto pode facilitar como inibir uma transição pode ser observada em estudo que traz como facilitadores no processo de transição para a maternidade o apoio de parceiros e familiares, especialmente da mãe da mulher e outras mulheres importantes em sua vida, informações relevantes obtidas de profissionais de saúde, livros e outros materiais, modelos de conduta a seguir e respostas às perguntas. E entre os inibidores

observa-se recursos insuficientes para dar suporte à gravidez e à maternidade, assistência de saúde inadequada, aconselhamento não solicitado ou inadequado, informações insuficientes ou contraditórias e estereótipos (MELEIS, 2010).

Quanto aos padrões de resposta, indicadores de processo e resultado da transição, traduzem a forma como o indivíduo passa pela transição e responde às mudanças. São positivos, negativos ou neutros (MOTA et al., 2015). Ao final da transição observa-se se o indivíduo se sente conectado, interage, se está situado dentro da transição, se desenvolveu confiança em si mesmo, se adquiriu o domínio das novas competências, identidades ou papéis (MELEIS, 2010).

O resultado do cuidado materno engajado é a incorporação desse cuidado à identidade da mulher, gerando uma criança saudável, feliz, forte, segura e confiante (MELEIS et al., 2010). "A conclusão saudável de uma transição é determinada pela extensão na qual os indivíduos demonstram maestria das habilidades e dos comportamentos necessários para lidar com suas novas situações ou ambientes" (MELEIS et al., 2010, p. 63).

Algumas mulheres percebem no filho a pessoa que cuidará delas no futuro. Os aspectos da relação mãe-filho foram observados em todas as narrativas de vida. Identificaram-se indicadores de processos, como o relacionamento positivo que desenvolveram com os filhos, a forma como exaltam os cuidados que recebem dos mesmos e a importância deles em sua vida.

> Graças a Deus esses filhos meus, eu não me separei, e como eu não me separei tenho minha filha hoje, ela cuida muito bem de mim, graças a Deus, né, e também eu cuido dela, também, dos filhos dela, da filhinha dela também (En 03).
>
> Eu acho que se tivesse que fazer tudo o que eu fiz há 17 anos eu faria tudo de novo, e tenho certeza que não me arrependeria. Assim, hoje ela já tá grande, já tem a própria família dela, mas existem muitas coisas que eu gosto de fazer pra ela, mesmo hoje depois que ela tá adulta. Uma das coisas que eu gosto muito de fazer pra ela, mesmo hoje, é de cozinhar e fazer as coisas que ela gosta de comer, de continuar comprando as besteiras que ela gosta de comer" (En 06).
>
> E hoje esses meninos me ajudam demais. Deus mandou dois meninos pra me ajudar. E menino mesmo né, porque eu gosto mais de meninos (risos), não que eu tenha discriminação com as meninas, mas eu acho que dá mais trabalho (En 09).

Ao narrarem sobre o relacionamento com seus filhos elas expressaram felicidade através de sorriso e até gargalhadas. Um sentimento de orgulho sobre quem os filhos se tornaram é perceptível em suas falas.

Afirmaram se sentir mais “bonitas” depois da gestação, entendido como facilitador e indicador de processo na transição.

> Eu acho que eu não fiquei decaída, não. A gravidez fez com que as transformações que ocorreram no meu corpo me ajudaram bastante, na questão física, né, até na minha autonomia, na minha fisionomia. Eu me sentia mais assim, forte. Percebi que essas transformações só me trouxeram coisas boas. No meu corpo eu me senti muito mulher. É como Roberto Carlos fala que a mulher é linda quando está esperando neném, e eu pude sentir que eu estava linda. E eu fiz uma barriga assim, linda, linda, linda, linda minha barriga. Foi superbacana, não cresceu muito, aquela barriga imensa, não. Ficou na medida certa (En 07).

Como indicadores de resultado percebe-se o orgulho que a mulher cega tem de superar a deficiência, demonstrar força e sua capacidade ao tornar-se mãe. O prazer que sente ao ver o filho crescer bem e com saúde, e a importância de ser independente do pai da criança ou da família para cuidar do filho.

> [...] hoje ela tá com 19 anos, aí não teve muito assim... teve dificuldade, né, que todas nós, que é deficiente visual têm, mas assim, pelo jeito que o povo acha que é muito difícil, que é um bicho de sete cabeças, mas não é lá isso tudo... (En 05).

> E aí, fui me dedicando, e ele crescendo, crescendo e eu falei: - Poxa, fugiu do meu controle agora. E hoje tá aí um menino, graças a Deus, fazendo sua faculdade de enfermagem, fez também jiu jitsu, é músico, meu filho é... eu digo a ele: - Você é mil e uma utilidade. Toca vários instrumentos (En 07).

A maestria ocorre ao final de uma transição, quando o paciente já vive nova sensação de estabilidade. Na conclusão da transição o grau de maestria indicará até que ponto ele alcançou um resultado saudável da transição (MELEIS et al., 2010). Houve mulheres que retrataram como ajudaram outras mulheres a partir das próprias experiências de maternidade, além de expressar o sonho de estudar e ter uma profissão, o que seria entendido como o alcance da estabilidade.

> Igualmente eu também, depois disso, que eu também fui ajudada, fui pro hospital também, fiquei lá ajudando muitas mães também, né, pedindo socorro... minha vocação é ser enfermeira, ali, ficar na sala (En 01).

> Então, é... o meu sonho... eu tinha um sonho, eu tinha não, eu tenho ainda esse sonho, é de estudar e ser ainda ou uma psicóloga, meu sonho era ser uma polícia, mas como naquela época não tinha negócio de polícia, né, aí tudo bem. Mas aí, ficou duas opções - ou psicóloga ou então assim uma advogada. Eu tô querendo voltar a estudar pra ver se eu entro numa faculdade, pra ver se eu passo pra ser alguém na vida, quer dizer alguém eu sou, né? (En 02).

De forma geral, as mulheres alcançaram a maestria da transição saudável para a maternidade, foram resilientes diante das situações impostas pela vida, capazes de lidar com os problemas encontrados, adaptar-se às mudanças, superar os obstáculos e ao final reagir positivamente.

Adaptaram-se ao papel materno, mesmo com todas as dificuldades encontradas e impacto causado. Apesar da condição da cegueira, maternaram, desenvolveram relações saudáveis com os filhos, superaram a deficiência e cultivaram sonhos e desejos, conscientes de seu papel.

Quanto as intervenções terapêuticas de enfermagem aconteceram superficialmente e em poucos casos: apenas cinco narrativas de vida trouxeram referências aos cuidados do profissional de saúde, e destas a enfermagem foi vista apenas no pré-natal e puerpério.

> Fiz o pré-natal, fui no posto e fiz o pré-natal, todos os exames que era pra fazer eu fiz, todas as vacinas que era pra tomar eu tomei. E também nas minhas gravidezes, não só no pré-natal, também era acompanhada pela Pastoral da Criança. Lindo, maravilhoso, só que quando eu, eu dava mama pro meu segundo filho, ele não gostava de mamar, ele só gostava mais de usar mamadeira, aí eu fiquei triste e chorando, porque eu queria que ele mamasse até grande e ele não quis. Aí fazer o quê? Eu tive de passar pela enfermeira, aí a enfermeira foi e me aconselhou. Porque tem criança que é assim, que não era pra ficar triste não, que era assim mesmo, aí eu fui me acostumando a ele aceitar mamadeira. Só que ele mamou até oito meses. A menina até que ela mamou, agora o menino não (En 04).

Ao observar as narrativas de vida das mulheres cegas em processo de transição para a maternidade, definem-se as possíveis ações de enfermagem que poderiam ter sido implementadas. Baseiam-se em suas necessidades, levando em consideração dificuldades ou condicionantes inibidores no processo. Fica nítida, a partir das narrativas das mulheres, a necessidade de receber orientações e suporte para o planejamento da gravidez. Devem se preparar e engravidar quando e se desejarem, e não serem surpreendidas com gestação indesejada.

> E assim, foi um momento único na minha vida, mais importante, porque assim, é... quando eu fui fazer meu primeiro pré-natal, porque eu o fiz o pré-natal, fui no posto, porque eu tava na verdade com anemia, e nessa anemia fui ser consultada com um clínico, foi que eu descobri que não era só uma simples anemia à toa. Não era uma simples anemia porque eu estava grávida (En 11).

Um acompanhamento de forma inadequada teria o mesmo efeito da falta de acompanhamento de um profissional de saúde e se tornaria um inibidor do processo da transição.

> Aí eu fiquei internada umas duas vezes, aí no dia que eu fui internada pra ganhar ela, aí a enfermeira chefe queria... é... comentou com a outra que a outra queria me isolar das outras pacientes. Aí a enfermeira chefe falou: - Não, a gente não pode isolar ela das outras pacientes porque eclampsia não é uma doença contagiosa e, também, se ela for isolada sozinha eu acho que isso não vai ser bom. Porque a pessoa já tá aí se sentindo doente, entendeu?". "Aí você fica, você já fica preocupada, você: - Poxa, tão querendo me isolar por quê? Você já fica pensando: - Não, eu não quero, eu não vou ficar isolada, entendeu? E aí você já fica preocupada, pensando, como é que vai ser seu parto, se vai ser bom, se vai ser ruim, se você não vai ter problemas, entendeu? E aí, é... como na minha família já tem casos, assim, de morte no parto, então a gente fica realmente preocupada, entendeu? Porque eu sei que eclampsia não é uma coisa boa, é uma coisa que muitas vezes tem que se escolher entre um e outro. E aí, assim, graças a Deus no meu caso, foi possível, no caso, salvar nós duas. Mas eu sei que existem casos que tem que escolher ou um ou outro (En 06).

É essencial participar de ações de educação em saúde, orientações, informação no pré-natal sobre as mudanças que ocorrerão no período gestacional, cuidados da enfermagem no parto e pós-parto direcionados às especificidades da mulher cega. Além de orientações da enfermagem sobre cuidados iniciais do bebê, como banho, amamentação e prevenção de acidentes. Tudo isso está presente nas narrativas das participantes, de grande relevância para o processo ocorrer do melhor modo possível.

Da categoria definida ao analisar as narrativas de vida emergiram três subcategorias: Experiência vivenciada pela mulher cega ao se tornar mãe; Facilidades e dificuldades da mulher cega no contexto da maternidade e Terapêutica de enfermagem na transição da maternidade da mulher cega, discutidas e analisadas utilizando referencial teórico que possibilita entender o processo de transição para a maternidade.

4.2.1 Experiências vivenciadas pelas mulheres cegas ao se tornar mãe

Ao descrever a experiência e como as mulheres cegas vivenciaram a maternidade, ressaltando os sentimentos que demonstraram e expressaram nas narrativas. Para as mulheres cegas o desejo de maternidade seria intrínseco à mulher, e a experiência de se tornar mãe teria um significado de reconhecimento e afirmação pessoal. A vivência de sentimentos de gratidão

pela chance de ser mãe foi evidenciada. Percebeu-se felicidade em poder ser mães e se sentir amadas pelos filhos.

As mulheres cegas percebem a maternidade como inerente à mulher, sonho que toda mulher tem: casar-se, ser mãe e ter uma família. Na sociedade, o casamento sempre foi a melhor forma de garantir um futuro confortável às mulheres, que em sua extrema maioria não possuía renda econômica, e a escolha de não se casar pressupunha uma independência financeira que a maioria das mulheres não tinha (PERROT, 2016).

Os casamentos arranjados e sem nenhuma relação afetiva eram comuns, e mesmo com essas características muito fortes, a idealização do amor romântico e do casamento permaneceu no imaginário de muitas mulheres, como desejo comum ao gênero e garantia de felicidade.

> Sempre quis ser mãe, mas, porém, eu queria casar, né, ter um casamento, sonho de entrar numa igreja de véu e grinalda e tal, mas aí não aconteceu (En 02).
>
> É, toda mulher sonha ter sua casa, não tem essa que quando tá namorando, conhece uma pessoa... Quer sempre ter sua casa pra fazer do jeito que ela quer, arrumar, comprar móveis, fazer compra, então é uma coisa muito gostosa a gente ter a casa da gente, fazer do jeito que a gente deseja ter (En 04).
>
> E todo mundo tem um sonho, né, de ter um filho, a gente ficar sozinha não é interessante, né? E quando esse filho é desejado, é amado, essa mudança a gente sempre quer passar por isso. E não me arrependo de forma alguma de ter tido meus filhos, mesmo com toda essa dificuldade que passou, né, que a gente sabe que é momento, né? A dificuldade vem pra gente se fortalecer mais, e a gente vai conversando aqui, uma vai ajudando a outra, né, a gente vai buscando soluções pra cada problema, né? (En 09).

Esse desejo de se casar e ter filhos é compreendido como destino social da mulher, função biológica de procriar e consequentemente cuidar das crianças.

Essa função social se sobrepõe inclusive ao desejo sexual, uma necessidade humana básica, mas de certa forma negada à mulher. Esse pensamento vem de uma construção social sobre a função da mulher na sociedade, e entre seus papéis, ser mãe seria entendido como o mais desafiador (BEAVOIR, 2016).

A valorização da maternidade passou por mudanças, mas sempre de alguma forma como o principal papel que deveria ser desenvolvido pela mulher.

Ao discutir a maternidade, é impossível não discutir o amor materno. A forma como é visto na sociedade não deixa dúvidas de sua existência e magnitude. Mas a história mostra

que existiu a valorização dessa função em determinados momentos da evolução da sociedade e certa indiferença em outros (BADINTER, 2011).

Deve-se, portanto, elencar os diversos aspectos, sob diferentes perspectivas, tentando estabelecer uma visão epistemológica, e identificando quais as lentes usadas para definir esse objeto.

Historicamente, houve o crescimento do sentimento maternal e do simbolismo da figura da mãe, apresentada como a principal responsável pelos cuidados com o filho e na responsabilização pela educação das crianças. Consequentemente, a institucionalização do estado pela politização da maternidade, com definição de ações e normas voltadas a práticas de saúde, como a puericultura.

A maternidade pode ser abordada por diferentes pontos de vista. Na perspectiva filosófica e histórica, a atitude materna variou de acordo com o momento político, econômico e cultural de cada sociedade.

Na Europa, inicialmente, a maternidade não era estimulada, e a criança nascia indiferente à sociedade. O amor materno mostrava-se inerente e instintivo, e em seguida dava-se início ao discurso de responsabilidade e culpa. O estímulo às funções maternas ocorreu principalmente por questões econômicas – as mulheres foram elevadas a responsáveis pela nação, utilizados então argumentos específicos (BADINTER, 1985).

Primeiramente ocorreu a naturalização da maternidade e da amamentação com a analogia da mulher aos animais em relação ao gênero. Em seguida, a exaltação da felicidade de ser mãe, da beleza da mulher após a maternidade, do carinho que os filhos teriam com a mãe (e não desenvolveriam essa relação com outros membros da família), o apego sólido do marido e a estima e respeito da sociedade. Houve ainda a disseminação de ideias de punição, pecado contra Deus e uma ação imoral caso não assumissem as funções maternas. Por fim, glorificadas e comparadas ao papel de santa no século XIX (BADINTER, 1985).

A valorização da criança e a supervalorização do papel da mãe, da amamentação e do vínculo teve interferência do estado moderno. Com o advento da pediatria clínica no final do século XIX vieram os manuais de higiene infantil destinados às mães. Diferentemente dos anteriores, eram escritos clara e didaticamente (ORLANDI, 1985).

Em opinião controversa para a época, afirmou-se que qualquer pessoa poderia "maternar" uma criança, e não seria apenas o amor que levaria a mulher a cumprir os "deveres maternais" e que a moral, os valores sociais e religiosos seriam tão poderosos quanto o desejo

materno. “Quanto a mim, estou convencida de que o amor existe desde a origem dos tempos, mas não penso que exista necessariamente em todas as mulheres, nem mesmo que a espécie só sobreviva graças a ele” (BADINTER, 1985, p.17).

Na perspectiva do movimento feminista, inicialmente a maternidade foi reconhecida como “defeito natural”, que confinaria as mulheres a uma classe inferior. O movimento reagiria em busca da liberdade, em direção à escolha da livre maternidade. Em um segundo momento, a maternidade passou a ser considerada fonte de poder. Apenas as mulheres a possuíam, valorizando o lugar das mulheres na gestação e união com o filho, e a experiência da maternidade como parte da identidade e do poder feminino. Em um terceiro momento, houve o entendimento de que o fato de gerarem uma vida não determinava a posição social, mas as relações de dominação às quais eram submetidas, e que de fato atribuem significado social à maternidade (SCAVONE, 2001).

No contexto do movimento feminista, a maternidade seria entendida como símbolo de opressão das mulheres, de um ideal de realização feminina ou símbolo de poder das mulheres.

Símbolo que era histórica, cultural e politicamente resultado das relações de poder e dominação de um sexo sobre o outro (SCAVONE, 2001).

Atualmente, mesmo com todas as considerações acerca do papel da mulher, da inserção em outros espaços, das novas conformações de família e valorização da paternidade no cuidado com a criança, a maternidade ainda é valorizada como função social da mulher e apoiada em diversos sentidos. Há as políticas governamentais que, em sua maioria, voltam-se ao que autores chamam de “materno-infantilismo”, termo usado para identificar um direcionamento das políticas de saúde voltadas sempre à condição materna e que a tratam sempre como tuteladas do estado (DINIZ, 2013). “Como a função materna é um pilar da sociedade e da força dos Estados, torna-se um fato social. A política investe no corpo da mãe e faz do controle da natalidade uma questão em evidência” (PERROT, 2016).

Existem no Brasil as políticas direcionadas ao Planejamento Familiar, Pré-Natal, Rede Cegonha, Redução da Mortalidade Materna, ações de incentivo ao aleitamento materno, entre outras, que dizem respeito à condição de maternidade. Por mais que tentem envolver a família, em sua maioria direciona-se à mulher.

Além disso, ficou explícito, nas narrativas de vida, que para as participantes a maternidade significa a superação da deficiência e demonstração de força, empoderamento,

autonomia e independência. As dúvidas são constantes, porém, ao tornar-se mãe, prova que é capaz, como todas as demais.

> [...] hoje ela tá com 19 anos, aí não teve muito assim... teve dificuldade, né, que todas nós que é deficiente visual têm, mas assim, pelo jeito que o povo acha que é muito difícil, que é um bicho de sete cabeças, mas não é lá isso tudo (En 05).
>
> [...] mas você tem aquela dificuldade porque você é deficiente, aí você pensa que você não vai conseguir, mas você acaba conseguindo, que quando você quer e quando você decide você consegue tudo, e você acaba superando tudo, as dificuldades que você passou atrás, as dificuldades que vão vir na frente. Eu digo que a partir do dia que você passa a ser mãe é uma dificuldade muito grande que você vai levar pra sempre, que sempre você vai ter dificuldades desde quando eles estão pequenos até quando eles crescem, e tem a própria família, você ainda tem que tá ali junto com eles (En 06).
>
> [...] mas mesmo assim, de tudo isso que eu passei, eu tava sendo muito feliz por eu ter meu filho ali do meu lado ali. Porque era ele que me confortava, me dava força... aquela dor que eu tava sentindo, eu superava ali por causa dele, né? Porque só de saber que ele tava ali no meu colo, que tinha ele, eu, amamentando ele, ele mamando ali em mim, então tudo aquilo que eu sentia eu superava por causa dele (En 08).
>
> Mas Deus me deu essa vitória, e hoje eu sou muito feliz porque eu consegui vencer muitos obstáculos através dessa gravidez (fala muito emocionada) ... É porque acho que a mulher em si é corajosa (risos) (En 09).

A valorização do que conseguiram aparece na voz carregada de emoção, choro e risos, como aconteceu com a entrevistada En 09. Se sentindo corajosa por enfrentar as dificuldades e vitoriosa por conseguir vencer muitos obstáculos como ela mesma citou.

Em contextos de enfrentamento das mulheres cegas e do desafio da maternidade, buscam estratégias para superar as limitações. Há quem busque a ajuda de familiares e amigos. Com muita determinação, formulam ideias e desenvolvem formas para oferecer adequadamente cuidados aos filhos (JORGE et al., 2014).

As narrativas de vida apresentam manifestações sobre a superação de obstáculos pela fé e crença em Deus, observadas em algumas falas. A maternidade se relaciona fortemente com o divino, e surge no imaginário coletivo e nas narrativas das mulheres cegas como "presente de Deus, dádiva concedida".

> Assim, da menina eu não esperava, ter uma nova vida e engravidar dela, mas Deus permitiu que eu tive ela, foi uma grande surpresa em minha vida, mas uma surpresa de alegria, cuidei dela muito, com muito sorriso, com muito carinho, muita atenção (En 04).
>
> Olha só, pra mim foi muito bom, né, porque antes eu tinha vontade de ter um filho, mas só que pra mim era muito difícil antes. Mas depois eu tive a primeira filha, graças a Deus, minha vida mudou, porque não era a mesma de antes, né? (En. 05).

> Essa mudança veio pra melhorar a minha vida, né, porque os meus filhos são um presente que Deus me deu (pausa e chora muito) (En 09).

As mulheres cegas demonstraram religiosidade ou crença em Deus, expressa nas narrativas e ao observar a caracterização das participantes e perceber que quase todas se declararam pertencentes a uma religião. A fé em Deus as leva a concretizar o sonho de gerar seu filho.

A força e o amor, elementos que as ajudam a superar obstáculos, como a deficiência e a baixa condição socioeconômica, e trazem à tona a figura da mulher guerreira, obstinada, que crê. E por crer transpõe barreiras e percalços da vida e consegue alcançar os objetivos.

O sentimento de orgulho de ter superado obstáculos é muito claro. Elas desejam ser modelos de superação.

> Linda e privilegiada por ser a primeira deficiente visual daqui de Jequié a ter um filho. Eu fui a primeira deficiente visual que teve um filho, que casou, aqui em Jequié fui eu. Foi um privilégio (En 07).

Durante as entrevistas, no momento em que eram informadas sobre o sigilo das informações, diziam que poderia ser publicada a entrevista com o próprio nome. Habituadas a levantar a bandeira em prol das mulheres com deficiência, algumas gostariam de ser identificadas, reconhecidas e serem referências para outras mulheres.

Os sentimentos expressados são muito positivos, denotam felicidade, superação e agradecimento pelo privilégio de ser mãe, elevam o papel de mãe e entendem que o alcançaram com louvor, fazendo-as sentir que são úteis, inseridas, desempenham função importante para a sociedade.

4.2.2 Facilidades e dificuldades das mulheres cegas no contexto da maternidade

Esta subcategoria evidenciou que as mulheres cegas encontraram facilidades e dificuldades no processo transicional para a maternidade. Algumas mulheres narraram que receberam apoio durante o período de gestação e na criação do filho por parte, principalmente, de familiares. Houve aquelas que narraram que não o receberam, o que levou

a pesquisadora a entender que as mulheres que receberam apoio viram facilitado o processo da transição.

Para as mulheres cegas, a ideia da maternagem como modelo cultural e natural a todas as mulheres como condição, foi impulsionadora para acreditarem que conseguiriam. Sobre a naturalidade da maternidade há referências de que quando o bebê está pronto para nascer, a mãe, com o devido cuidado da família, instituições ou profissionais de saúde, estaria preparada para a experiência na qual sabe exatamente quais são as necessidades do bebê e agirá naturalmente (WINNICOTT, 2006).

Segundo este pensamento, denominado "preocupação materna primária", as mães se preparam psiquicamente para sua tarefa durante os últimos meses da gestação, se colocam no lugar do bebê e desenvolvem uma capacidade de identificação com o bebê que as possibilita identificar as necessidades básicas do seu filho de forma que ninguém mais pode e que não pode ser ensinada (WINNICOTT, 2006).

O cuidado materno inerente à mulher pode ser atribuído à crença do instinto materno.

> O amor materno foi por tanto tempo concebido em termos de instinto que acreditamos facilmente que tal comportamento seja parte da natureza da mulher, seja qual for o tempo ou o meio que a cercam. Aos nossos olhos, toda mulher, ao se tornar mãe, encontra em si mesma todas as respostas à sua nova condição. Como se uma atividade pré-formada, automática e necessária esperasse apenas a ocasião de se exercer. Sendo a procriação natural, imaginamos que ao fenômeno biológico e fisiológico da gravidez deve corresponder determinada atitude maternal (BADINTER, 1985, p.20).

Toda mulher, com algumas exceções, desenvolveria, satisfatoriamente, o papel de mãe, agindo naturalmente, como determina a espécie. O pensamento teria colaborado no processo de adquirir autoconfiança e ter certeza de que conseguiriam.

Por outro lado, existe ainda a dificuldade de alcançar o arquétipo de como a sociedade espera que uma mulher desempenhe o papel de mãe, que siga um padrão pré-determinado: ser atenciosa, dedicada, cuidadosa e abnegada, e isso pode tê-las levado a vivenciar o medo de não alcançar o patamar de mãe perfeita.

Nas diversas culturas existe um modelo ideal de maternidade, predominante de acordo com a época que, conscientemente ou não, todas as mulheres carregam. Aceita-se ou rejeita-se, até se negocia, mas sempre em relação a ele se determina o modelo cultural. O modelo ideal de maternidade é exigente com relação ao aumento dos deveres maternos, e se contrapõe ao ideal feminino de realização pessoal. Existe uma norma social do que é ser uma boa mãe, e

por mais que tenham se passado séculos, ainda está em uso. A mulher estaria no centro de uma tripla contradição, a social, pois os defensores da família tradicional desaprovam as mães que trabalham, enquanto a empresa recrimina a multiparidade, a maternidade é considerada a mais importante realização da mulher, ao mesmo tempo desvalorizada socialmente (BADINTER, 2011).

A segunda contradição diz respeito ao casal, pois a criança não favorece a vida amorosa, e levaria ao cansaço, falta de sono e intimidade. A terceira se refere às mulheres que se sentiriam divididas entre o amor pelos filhos e os desejos pessoais, e nesse caso, superestimariam os deveres maternos como em geral acontece, o que torna essa contradição cada vez maior (BADINTER, 2011).

A exigência, cruel, por vezes leva a mulher à exaustão. Não se pode errar quando se é mãe, não se permite falhar, pois para a sociedade as consequências serão graves. Isso levaria diversas mulheres a não desejarem a maternidade ou se afastarem do modelo. Há um movimento em propulsão, iniciado principalmente com o acesso à tecnologia, nas redes sociais, de reconhecimento da maternidade real e não ideal. Várias mães relatam suas dificuldades e como se sentem ao exercer a maternidade.

Embora ainda incipiente, o contexto está sendo abordado. A importância de tratar o assunto e compreender que a vivência da experiência seria mais tranquila para algumas mulheres, mais difícil para outras. Ponto de partida de mudanças de pensamento e flexibilização do modo de enxergar a maternidade.

No tocante às mulheres cegas, participantes do estudo, a expectativa da sociedade é que com deficiência não tenham filhos, e mesmo as que buscam a maternidade podem ser julgadas por não se enquadrar no perfil de "mãe ideal". E se sentirem culpadas por não conseguir exercer a maternidade (SANTOS; SANTOS, 2016).

Mulheres com deficiência enfrentam preconceitos para viver a sexualidade e a maternidade, além da descrença de que correspondem às expectativas de seu meio social, capazes de assumir determinados papéis, como os de ser cuidadora, esposa e mãe. "A experiência da maternidade para algumas mulheres com deficiência possibilita a 'recaptura' da identidade feminina perdida. Entretanto, elas relatam empreender grandes esforços para corresponder às expectativas sociais de serem mães adequadas" (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2011, p. 868).

A insegurança de não conseguir corresponder ao modelo ideal de mãe foi relatada por algumas mulheres. No entanto, o cuidado dispensado ao filho, a demonstração de ser capaz, e posteriormente o sentimento de prazer em ver o filho crescer, bem descritos, evidenciaram que alcançaram a adaptação à maternidade e superaram barreiras impostas pelas ideologias ou desconfianças.

Elas o demonstram ao revelar que sentem que fizeram um bom trabalho, sentimento de que extrapolaram as expectativas.

> [...] e hoje, graças a Deus, meu filho tá 14 anos, vai fazer 15 agora em julho, não me dá um pingo de trabalho, tá no sétimo ano, graças a Deus, da escola pra dentro de casa (En 01).

> Então houve um amor muito grande pelo meu filho, houve uma dedicação, me dedicava a ele. Eu vivi para o meu filho. Eu vivi para o meu filho durante duas décadas... No dia a dia dele, ele me preparou pra ser mãe, eu não tava preparada, e através do próprio L. eu me preparei. Hoje, se eu fosse mãe eu acho que seria uma supermãe, porque graças a Deus o que pude fazer na qualidade de mãe eu fiz pelo meu filho. Graças a Deus, procurei o de melhor pra ele... (En 07).

As mulheres narraram positivamente aspectos do relacionamento com o filho e a importância em sua vida, o que demonstra maior facilidade no percurso e que se sentem preparadas para nova experiência como pode-se observar na narrativa da entrevistada En 07.

Emergiu com considerável significado o fato de as mulheres cegas trazerem exemplos de relacionamento com os filhos baseados no cuidado dos filhos a elas direcionados. Para as mulheres cegas, a perspectiva de vir a ser cuidada pelo filho no presente e na vida futura é destacada, enquanto que a mulher vidente em geral crê que ela é quem sempre cuidará dos filhos.

> E elas sempre me ajudam em tudo, falando, todo dia me liga pra saber como é que eu tô, como é que eu não tô, de tarde é a mesma coisa, se eu tomei remédio da pressão, se eu tomei calmante (En 05).

> Onde eu vou querem ir comigo, querem me dar apoio: - Oh, mãe, cuidado, ali tem um buraco no chão ali! Cuidado pra não escorregar! Elas já têm mais cuidado assim, sabe? A mais velha principalmente. Ela se preocupa muito assim em cuidar, em me orientar (En 10).

O filho tem para elas a importância de um esteio para o futuro, alguém que não a desamparará em sua condição. Expressam o cuidado que o filho tem com elas, no cotidiano, com o uso dos remédios e ao andar na rua.

Mesmo as mulheres que se mostraram mais independentes abordaram o tema.

> [...] e quando eu soube que era menino eu fiquei muito feliz (risos). Porque eu já tinha um menino, mas assim, é... eu falei: Deus me tirou meu marido, né, com preconceito, mas me deu outro homem pra tá me ajudando (En 11).

> Quando minha filha passou na faculdade de Medicina, que ela era os meus olhos, ela fazia essa parte. E eu tive que aprender a fazer. Então, assim, quando ela foi, ela falou: - Mãe, e agora? Como vai ser? Eu falei: - É, filha, eu vou ter que enfrentar mais essa (En 11).

A entrevistada En 11, sempre teve o apoio da filha mais velha, pois perdeu a visão na sua terceira gestação quando sua primeira filha já estava com seis anos. Quando sua filha foi estudar em outra cidade a entrevistada passou por mais um processo de adaptação e relatou isso de forma muito intensa.

A insegurança inicial na descoberta da gestação, o tempo de aceitação da gravidez por parte da família e do parceiro, o preconceito por serem cegas e situações de abandono vividas na infância dificultaram determinados momentos da transição, mas, aparentemente, superados ao final do processo.

Nas narrativas vêm à tona situações de vulnerabilidade, comuns à condição feminina, e outras à condição da cegueira.

"A vulnerabilidade pode ser conceituada como uma qualidade de vida cotidiana revelada através da compreensão das experiências e respostas dos pacientes em tempos de transição" (MELEIS et al., 2010).

As situações de vulnerabilidade são observadas nas narrativas.

> Então, as pessoas de um modo geral, tanto da família quanto as pessoas que estão de fora, têm que ver o seguinte: a gente é deficiente... deficiência eu costumo dizer que é igual a gravidez, gravidez não é uma doença, então, a mesma coisa é deficiência. Deficiência não é uma doença contagiosa, ou uma doença inútil que você não vai poder fazer nada. Muito pelo contrário, se deficiência fosse doença, uma doença tão grave assim, não tínhamos aí tantos advogados, juízes. Nós temos colegas aqui na AJECE mesmo que é advogado, já formado, já tá trabalhando. E muitos aí já estão formados em Letras, Pedagogia, outras já estão na faculdade, ainda estão terminando, concluindo o curso. Então, as pessoas têm que parar com isso que deficiente não sabe fazer nada, não pode fazer nada, não serve pra nada, entendeu? Então, as pessoas ainda estão muito... digamos assim... sem... como é que eu vou dizer... sem esclarecimento sobre a gente (En 06).

> Aí eu creio que é um pouco de vergonha, porque eu não sei, mas as pessoas têm muito preconceito de pessoas deficientes, principalmente de quem é cego total, né? De principalmente de quem é cego total porque, eu não sei, é uma coisa estranha assim. Eu não se é, porque muitos às vezes não têm assim, não sei, não sei qual é o motivo (En 10).

> Porque minha família é... vem da família o preconceito, não tá lá fora. Então, o preconceito tá dentro da sua, dentro da minha casa, dentro da minha família, então, assim, a minha família não aceita eu como deficiente (En 11).

A resistência que as mulheres encontraram por parte de familiares e da sociedade para vivenciar a maternidade dificultou o processo. O fato foi ressaltado nas narrativas, porém não foi impeditivo, o que as levou a ter mais força de vontade para vencer o desafio.

> Assim, quando eu fui morar com meu marido mesmo, ela (sua tia) falava que eu não deveria arrumar marido e coisa e tal. Um dia ela falou para o meu marido, ela é minha ex-cunhada, falou para o meu marido como é que ele ia comer, porque acho que elas pensavam que eu não sabia ir para o fogão fazer comida. Aí ele falou assim: - Não, a gente pode muito bem ir almoçar no restaurante popular, tem a AJECE, entendeu? Eu posso comprar uma quentinha e tal. E aí, quando ele foi morar comigo, e aí, quando elas viram que assim, eu fiz tudo que elas pensavam que eu não ia fazer, aí eu acho que elas, no caso, se surpreenderam. Entendeu? E foi a mesma coisa quando eu engravidei. Que elas pensavam que eu não ia dar conta, porque eu ia ter uma criança, e eu não ia dar conta, que eu não ia saber cuidar, e que eu não ia saber fazer as coisas, que eu não ia saber dar um banho, trocar, essas coisas todas. E quando ela precisa ir no posto, tomar uma vacina, eu levava. Quando ela precisava de um banho eu dava, quando ela começou ir para a escola era eu que levava, quando ela adoecia era eu que levava ela no médico, e é... então, depois que elas viram isso, elas acho que... foi aí que elas realmente acreditou... (En 06).

> E quando ele nasceu as pessoas diziam: -Ah, você é cega? E como é que você vai cuidar de seu filho? Eu disse: - Pra tudo se dá um jeito. E foi nesse momento que eu me senti mais guerreira, e comecei a guerrear mesmo (En 07).

Percebeu-se nas narrativas de vida a contradição explícita do parceiro. Embora não acredite que a mulher cega conseguirá criar um filho adequadamente, não se faz presente para ajudá-la, e a abandona, sem oferecer o suporte essencial.

> [...] porque ele disse que não tinha como ele aceitar viver com uma família com uma pessoa que não enxerga, que eu não era capaz. Então eu falei pra ele que eu ia ter meu filho, que eu ia mostrar pra ele que eu sou capaz de criar meu filho. E meu filho tá aí, com dez anos (En 04).

Evidenciou-se a vulnerabilidade na dimensão individual, caracterizada pelo preconceito que sofreram da família e do parceiro, a demonstração do descrédito de que não conseguiriam ser mãe.

O conceito de vulnerabilidade permite abarcar diferentes dimensões da experiência vivida. A vulnerabilidade da mulher com deficiência foi discutida com base na integralidade em saúde, em estudo anterior que levanta a questão das mulheres com deficiência e sua dupla

vulnerabilidade, demonstrando que há vulnerabilidade por ser cega e vulnerabilidade por ser mulher (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2011).

A dimensão social da vulnerabilidade das mulheres cegas foi observada e diz respeito às vivências no meio social com posição social menos qualificada e menores possibilidades de participação, menor acesso à educação, à saúde, ao trabalho regulamentado e outros bens sociais. Essa situação é observada no tópico que descreve a caracterização das participantes: apenas duas mulheres exercem atividade remunerada.

A vulnerabilidade programática ficou evidente nas narrativas de vida, relacionadas à falta de políticas assistenciais que contemplem as especificidades das mulheres com deficiência. Falta de sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde, retratadas, principalmente, nas experiências de pré-natal e parto.

> E aí ele me passou, né, o beta, eu fiz, aí constatou, né, que eu estava grávida. Quando ela me falou, né, a médica, que eu estava grávida, tomei aquele susto: - Como, moça?! Não! Ela: - Não sim, você está grávida. Essa anemia pode ser por causa da sua gravidez... você agora vai ter que organizar. Procure uma instituição (En 11).

Na narrativa acima o profissional de saúde que atendeu à mulher em seu diagnóstico de gravidez não se sentiu preparado para acompanhá-la, sugerindo procurar uma instituição. A falta de acolhimento do profissional de saúde, principalmente**,** na atenção básica é determinante para o afastamento dessa mulher dos serviços de saúde.

Apesar de existir uma instituição no município que atenda à deficiência visual, apenas uma mulher teve acesso a esses cuidados durante a gestação. As demais que tiveram filhos antes da instalação da AJECE estavam em outra localidade à época da gestação e não receberam o mesmo cuidado.

> Tive muito acompanhamento, sim, é isso, quando eu engravidei eu tive, né, o acompanhamento de uma instituição chamada AJECE, essa instituição tem todo um suporte, né, do deficiente, ao entrar com uma deficiência só visual, e que tem todos os seus, com psicólogo, com terapeuta ocupacional, e eu tive todo o cuidado. Assim, teve uma sala, que se chama sala de AVA, essa sala de AVA é... ela te dá todo o suporte de dona de casa a tudo, a você lidar com a beleza, com escovar o dente, a você pentear o seu cabelo, a você se vestir, a você procurar uma, né, toda uma referência, pra você não vestir uma roupa pelo avesso. Então, assim, é tudo, a você varrer uma casa, então assim, é todo um suporte. E quando eu cheguei lá, eu cheguei com duas coisas, uma deficiência visual total e ser mãe, que foi o maior desafio pra instituição. Porque assim, como será? Poxa, duas coisas, é a aceitação dela ser cega e a aceitação dela ser mãe. Então assim, cheguei assim pa, joguei isso logo direto lá na AJECE, mas graças a Deus, nossos profissionais me receberam tão bem e com

> tanto cuidado, de simplesmente chegar e tá me orientando em tudo, né? Ao pegar a criança, ao dar banho, a aceitação no ventre. Todo um trabalho psicológico (En 11).

Esse tipo de vulnerabilidade é observado na ausência de políticas de assistência que incluam as especificidades de mulheres com deficiência, no despreparo dos profissionais em relação às questões ligadas à sexualidade e maternidade, na falta de acessibilidade física e ausência de comunicação entre os serviços de saúde oferecidos, e na falta de reconhecimento dos direitos de acesso nos próprios serviços de saúde (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2011).

Como exemplo as barreiras arquitetônicas, causadoras de situações de vulnerabilidade e representação de violência simbólica por parte das instituições.

Consta no Estatuto da Pessoa com Deficiência que espaços públicos e privados devem assegurar o acesso à pessoa com deficiência por meio de remoção de barreiras, pelo projeto arquitetônico, ambientação de interior e de comunicação que atendam às suas especificidades (BRASIL, 2015). Para a pessoa com deficiência, garantir esses direitos é de extrema importância, considerando que o acesso aos ambientes e espaços físicos faz parte do cuidado e da qualidade de vida (FRANÇA et al., 2010).

A vulnerabilidade de gênero, individual e social, foi observada e elencada neste estudo a partir das narrativas que demonstraram preconceito por parte do parceiro e/ou familiares, o que levou à agressão verbal, motivada**,** principalmente**,** pelo fato de apresentarem uma deficiência.

> Porque de primeiro ele não tinha... de primeiro assim ele, quando eu morava lá em Goiás, ele já me machucou muito, muito, muito mesmo. Muito e não foi pouco não. Já passei por tanta humilhação, ele já me humilhou de falar na minha cara que eu era cega, que eu não enxergava nada, que eu ia sair, que era pra ter cuidado, que era pra sair do carro pro carro me matar, e isso e aquilo. E quando ele saía na rua ele não segurava no meu braço... Como se fosse, parece que ele tinha vergonha de mim, sei lá, e nunca me ajudou no meio da rua, sempre eram os meninos que me ajudavam, e tanto dentro de casa ele já me humilhou muito, muito. Ele deixava o tempo todo eu dentro de casa sozinha com os meninos, e ele falava pra mim que era melhor ele ficar com os colegas dele pelo meio da rua do que ficar comigo. Então, ele já me fez muito sofrer, eu já passei por muita humilhação, ele me botava até pra fora de casa, tinha vez que não me agredia, mas me agredia com as palavras, né, com palavras (En 08).

Houve narrativas com histórias de mulheres que em algum momento da vida sofreram, além da violência intrafamiliar, verbal ou física, a violência sexual.

> Muito sofrimento, meu pai não queria, minha mãe... ele batia em minha mãe porque minha mãe queria que eu ficasse na casa deles e ele não queria, me botou pra fora, eu fui pra casa de minha outra irmã, que estava grávida, e, aí, ele foi, meu cunhado foi e tentou me estuprar também, eu com oito meses de grávida, já da última menina, e aí foi muito sofrimento (En 02).

> [...] uma surpresa muito grande assim, porque não foi por amor, fui abusada. Não gosto nem... (pausa)... a justiça me deu a oportunidade se eu quisesse abortar, porque eu era de menor, e foi abusada, aí me deu até a oportunidade de abortar, só que no primeiro momento Nossa Senhora cobriu eu com o manto sagrado que ela não planejou eu fazer isso. Então, no momento eu falei para o juiz mesmo: - Seja o que Deus quiser, mas meu filho, minha filha ou filho, o que for eu não tiro. Eu não vou dar essa oportunidade, me desculpa, sou de menor, pelo que aconteceu comigo eu vou deixar que Deus vai agir por ele, por essa pessoa que fez isso comigo, agora meu filho ou minha filha, o que tiver, eu vou deixar o espaço de Deus gerar ela na minha barriga, ou ele, e eu ter ela, vou dar essa oportunidade pra minha filha ou meu filho, o que for. Então, foi uma decisão que até a justiça viu que eu fui uma pessoa muito guerreira. Eu me sinto uma pessoa muito guerreira porque minha vida foi muito difícil. Nessa primeira gravidez foi muito obstáculo na minha vida, mas com Deus, graças a Deus eu estou aqui (En 04).

As duas mulheres participantes que narraram situações de violência sexual a sofreram em circunstâncias diferentes. A primeira sob agressão, perpetrada por um membro da família, e a segunda não informou se havia grau de parentesco com o agressor, e em consequência uma gravidez indesejada. Durante a entrevista, a entrevistada En 04 demonstrou receio em falar sobre o tema, ficou reflexiva e só depois de um tempo conseguiu se expressar sobre o ocorrido.

Além da violência sexual, o preconceito da família e do parceiro, que resultou em agressão verbal ou humilhação, e as situações de negligência do cuidado por parte dos profissionais de saúde, foram identificadas e entendidas como formas de violência.

Apesar de ser constatado o surgimento de sensibilidade às questões de violência contra a mulher, ainda se mantêm a ideologia dominante e a supremacia masculina, entendidas como naturais ou culturais. São universais, e as mulheres continuam em posição de inferioridade, vítimas reais e potenciais (BADINTER, 2005).

As normas e os códigos de conduta de uma sociedade patriarcal fazem com que se perpetue a subjugação do sexo feminino e a violência perpetrada contra as mulheres seja aceitável e banalizada. Entendida como comum, resultado de desavenças entre marido e mulher, ou velada, inibindo a denúncia por parte da vítima. Com pudor, não relatam o acontecido por parte de outras pessoas, como familiares e profissionais de saúde. “Relações de poder desiguais, normas e valores de gênero se traduzem em acesso e controle diferenciado sobre os recursos de saúde, dentro e fora das famílias” (OMS, 2011, p.27).

"A violência contra mulheres é um crime frequente e consiste em todo ato agressivo baseado na diferença de gênero, que resulte em sofrimentos e danos físicos, sexuais e psicológicos para a mulher" (SOUTO et al., 2012, p. 2).

As altas taxas de violência contra a mulher e a necessidade de uma legislação específica levaram à criação de leis que definem a violência contra a mulher ser passível de notificação compulsória, atendimento de saúde imediato, além de medidas protetivas para resguardá-la do agressor (SOUTO et al., 2012).

No caso de pessoas com deficiência, as frustrações e a sobrecarga exacerbada entre os membros da família levariam a atitudes de negligência e abusos, e facilitam o surgimento de maus-tratos físicos e estupro (CRUZ; SILVA; ALVES, 2007).

A pessoa com deficiência está distante de ser totalmente reconhecida. O que a torna vulnerável, passível de desenvolver sentimentos de baixa autoestima, suscetível ao isolamento e à exclusão social, à não acessibilidade a serviços oferecidos e ao trabalho, e mais factível de que se tornem vítimas nas diferentes formas de violência (COSTA; QUIRINO, SILVA, 2010).

Em se tratando da mulher com deficiência, as relações de poder desiguais são ainda mais frequentes. Ocorrem nos ambientes familiares e de trabalho, mas em condições de maior vulnerabilidade, como comprovou estudo que caracterizou o perfil da vítima e do agressor da violência sexual a mulheres com deficiência. No estudo verificou-se que em diversos casos o agressor era conhecido da vítima, e mesmo da própria família. Os episódios de violência sexual acometem mais mulheres jovens e de baixa escolaridade, e a denunciante é em geral a genitora (SOUTO et al., 2012).

Embora conste no Estatuto da Pessoa com Deficiência, publicado em 2015, que é dever do Estado, da família, da comunidade escolar e da sociedade proteger a pessoa com deficiência de toda forma de violência, negligência e discriminação, e que em casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra a pessoa com deficiência deve haver notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à polícia e ao Ministério Público, pessoas com deficiência ainda se encontram em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2015).

As mulheres participantes narraram bem pouco sobre suas relações afetivas, e temas relacionados à sexualidade foram igualmente pouco abordados. despertando atenção sobre o motivo do silêncio ligado ao tema. Os relacionamentos com os pais de seus filhos foram

tratados pela maioria das mulheres como “conturbados”, e as mulheres que referiram ter novos relacionamentos foram superficiais nas informações, retrataram apenas que tentaram a convivência a dois, mas por algum motivo não deu certo.

> Sim, aí casei, casei, cheguei a casar, mas aí não deu certo com o marido, arranjei esse outro, e tô aí, tô vendo aí se vai dar certo, não sei, Deus é quem sabe (En 02).
>
> E criei tudo (filhos), não arrumei outro, tá com 34 anos que eu deixei meu marido, né, que eu deixei meu marido e não arrumei ninguém (En 03).
>
> E, aí, depois, quando ela tinha sete anos (a filha), foi que eu vim conhecer meu marido, aí a gente veio morar junto e moramos sete anos juntos, aí ele faleceu, aí eu tô sozinha até hoje (En 06).

O não dito dentro de uma narrativa de vida suscita diversas dúvidas, e se torna passível de análise. A mulher pode deixar a vida sexual em segundo plano ao tornar-se mãe, e isso ficou claro nas narrativas de vida pelo não dito (BERTAUX, 2010). Em nenhum momento fizeram referência à sexualidade durante o curso da vida.

Tomemos como ponto de partida a mudança que ocorre com a vida de toda mulher e do casal após o nascimento de um filho. “Todos sabem que a chegada de uma criança causa uma revolução no corpo da mulher, que se afasta da sexualidade, por razões fisiológicas e psicológicas. As primeiras apagam-se com o tempo; as segundas, por vezes, mais dificilmente” (BADINTER, 2011, p.130).

A adaptação à função de mãe e pai, à mudança de um papel para o outro, se refletiriam na intimidade do casal e sua sexualidade. Além disso, o conflito entre ser mulher e ser mãe, a supervalorização do papel materno em detrimento daquele de ser mulher, levariam ao silenciamento da sexualidade.

A incorporação do simbolismo sobre ser homem e ser mulher, e a diferenciação de papéis se iniciam na família, com as representações de masculinidade e feminilidade, demarcando as distinções de gênero, a partir dos modelos socioculturais. Já na vivência das brincadeiras na infância, que direcionam as mulheres ao cuidado da casa e à maternidade, e o homem como dominante e livre das responsabilidades da casa, até o controle da sexualidade das meninas. Aparecem como algo proibido e ameaça à integridade moral das meninas, sinônimo de liberdade para os meninos, e mesmo a reprodução desse contexto no mundo adulto (COSTA; COELHO, 2013).

Em outro período, para as mulheres, o sexo seria um exercício das funções femininas em sua generalidade (procriação e maternidade) e não em sua singularidade. A mulher não teria direito a nenhuma atividade sexual dentro ou fora do casamento, a não ser por dever. Mas ao homem se estabelece uma distinção entre a vida ética da mulher e a vida ética do homem (BEAUVOIR, 2016).

Atualmente, levando em consideração estudos de gênero e comportamento, a sexualidade é entendida como mediadora de relações sociais do desenvolvimento pessoal e da interação com o outro. “A sexualidade abrange gênero, orientação sexual, identidade sexual, erotismo, envolvimento emocional, amor e reprodução” (WANDERLEY et al., 2012).

No tocante a mulheres cegas, o desejo de viver a sexualidade seria deixado em detrimento da maternidade, como para a maioria das mulheres. Mas também é muitas vezes negligenciado como direito da pessoa com deficiência.

> Quando mulheres/homens com deficiência assumem sua vida sexual, geralmente as pessoas reagem com surpresa ou medo, uma vez que, principalmente, mulheres com deficiência, são vistas como pessoas fragilizadas, sendo julgadas como abusadas sexualmente, mesmo quando o sexo é desejado e consentido (DANTAS; SILVA; CARVALHO, 2014, p.557).

Ao se rotular a pessoa com deficiência, cria-se uma ideia simplista do que seria sua vida particular, explicada principalmente em decorrência da deficiência. A pessoa com deficiência incorpora determinadas representações e se identifica. Os modelos estimulados pela mídia e propaganda e meios de comunicação, sobre o corpo perfeito e como deve ser a vivência da sexualidade “normal e feliz”, com um padrão de beleza, estética, desempenho físico e sexual, normatizam a forma de se relacionar e deixam à margem as pessoas que diferem desses padrões, como pessoas com deficiência (MAIA; RIBEIRO, 2010).

De forma estigmatizada as pessoas com deficiência são encaradas como pessoas assexuadas ou hiperssexuadas, além de serem vistas como pessoas pouco atraentes ou indesejáveis, e incapazes de se relacionar afetiva e sexualmente, fazendo com que a deficiência se sobreponha às suas necessidades, prejudicando a imagem para o outro (MAIA; RIBEIRO, 2010).

A própria família costuma se questionar sobre a possibilidade de a pessoa com deficiência viver um relacionamento afetivo como observado nas narrativas de vida.

A pessoa com deficiência enfrenta dificuldades no acesso à informação sobre saúde sexual e reprodutiva. As condições socioeconômicas, a desinformação e o estigma contribuem

para a marginalização social e favoreceriam a maior exposição de doenças sexualmente transmissíveis, além de dificuldades no planejamento familiar adequado, e viver a sexualidade em sua plenitude (WANDERLEY et al., 2012).

Apesar de as mulheres cegas participantes se sentirem guerreiras, empoderadas e lutadoras, ainda vivem sob o riste que as invisibiliza e às suas necessidades. Ao se tornarem mães, não falam da sexualidade, pois para a sociedade a vivência da sexualidade pode ser incompatível com a vivência da maternidade, o prazer deve ser alcançado através da maternidade e do cuidado como o filho e não através do sexo, sendo este um direito apenas do homem.

Mesmo os profissionais de saúde, não entendem a vivência da sexualidade como necessidade humana e sim como "liberdade excessiva" e não como direito ao prazer. Embora tenham ocorrido conquistas adquiridas pelos movimentos feministas, avanços nas discussões de gênero e direitos das mulheres, o tema sexo ainda é tabu, pouco abordado.

4.2.3 Terapêutica de enfermagem na transição para a maternidade das mulheres cegas

Para ser oferecida uma prática de enfermagem mais humanizada, científica e compartilhada, é preciso existir um "conhecimento a respeito do crescimento e desenvolvimento ao longo do ciclo vital, enfrentamentos e adaptações aos eventos importantes da vida e mudanças no estado de saúde de bem-estar para um de enfermidades" (ZAGONEL, 1999, p.26). O cuidado transicional facilitaria o processo de transição e ela ocorreria de forma mais saudável.

Embora os seres humanos sempre enfrentem diversas mudanças que desencadeiam processos internos, as enfermeiras que se deparam com pessoas em meio a um processo de transição ajudariam no tocante à saúde, bem-estar e capacidade para cuidar de si mesmas. Ao assistir às pessoas e ajudá-las a gerir as transições, a enfermeira suplementa o papel do indivíduo, até a própria pessoa alcançar o que a autora chama de maestria nas transições (MELEIS, 2010).

A contribuição da enfermagem no cuidado transicional pode ser de extrema relevância para as mulheres cegas que desejam ser mães. A partir das narrativas de vida identifica-se em

que momento a enfermagem deve atuar e de que forma atenderia às suas necessidades. “A definição da enfermagem como ‘facilitadora das transições para aumentar a sensação de bem-estar’ dá à enfermagem uma perspectiva única. Somente a enfermagem facilita as transições em direção à saúde e a uma percepção de bem-estar” (MELEIS, 2010, p. 67).

Foi possível observar nas narrativas diferentes momentos e situações em que o cuidado de enfermagem seria essencial para o processo de transição para a maternidade das mulheres cegas. Momentos como a descoberta da gravidez, a gestação e parto, além de situações de aborto, violência intrafamiliar e perda da visão, entendidos como cruciais, em que a enfermagem seria de grande apoio e o cuidado transicional de enfermagem de extrema importância.

Além da assistência propriamente dita, é necessário também ressaltar o papel da pesquisa e do ensino da enfermagem voltados às mulheres com deficiência, pois o processo de cuidar perpassa pela formação profissional, e esta deve levar em conta as especificidades de cada mulher.

O cuidado em saúde à pessoa com deficiência pela organização e funcionamento dos serviços de saúde deve ser oferecido nos três níveis de atenção, e em caráter individual, familiar, grupal e comunitário, incluindo o desenvolvimento e oferecimento de tecnologias assistivas necessárias para cada situação específica (BRASIL, 2008).

Documentos, nacionais e internacionais, atestam e garantem os direitos à pessoa com deficiência à constituição de família, à paternidade e à informação adequada (BRASIL, 2009a).

A atenção integral à saúde da pessoa com deficiência é assegurada em todos os níveis de complexidade pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência. Entre outros aspectos da vida da pessoa com deficiência, devem ser oferecidas ainda ações e serviços de saúde destinados à atenção sexual e reprodutiva, direito à fertilização assistida, acompanhamento da gravidez, do parto e do puerpério, com garantia de parto humanizado e seguro (BRASIL, 2015).

Embora existam políticas que assegurem os direitos à pessoa com deficiência, para a assistência à saúde das mulheres com deficiência, é preciso haver mudança na postura profissional, afastando a mulher da situação de invisibilidade. E desenvolver iniciativas voltadas ao empoderamento da mulher, cabendo aos profissionais de saúde estimular a autonomia e inclusão das mulheres nas políticas sociais. “Os profissionais de saúde devem atuar como facilitadores desse processo, na medida em que podem despertar nas mulheres

condições para mudanças relacionadas à consciência, aos seus direitos e capacidades (SANTOS et al., 2013).

O processo de educação em saúde auxilia os indivíduos a tomar decisões apropriadas sobre determinado assunto. Em se tratando de mulheres cegas é preciso que os profissionais estejam preparados para desenvolver formas diferentes de trabalhar as informações, desenvolvendo práticas educativas participativas e horizontais, estimulando outros sentidos sensoriais, usando mais de um canal de comunicação, como no estudo em que foi desenvolvido material educativo para orientação sobre o autoexame das mamas, em que se utilizou um modelo anatômico em formato de busto para ser percebido através do toque, utilizando a percepção tátil, caracterizando o uso de uma tecnologia assistiva (PAGLIUCA; COSTA, 2005).

A utilização de tecnologias assistivas é uma forma de garantir esses direitos, garantir à pessoa com deficiência o acesso a ações de educação em saúde, proporcionando adequado aprendizado sobre temas em saúde, maior capacidade de tomada de decisão sobre si mesma e esclarecimento de dúvidas sobre a saúde, contribuindo para uma vida mais autônoma e promovendo a inclusão (PAGLIUCA; COSTA, 2005; OLIVEIRA; REBOUÇAS; PAGLIUCA, 2009).

Tecnologia assistiva seria um conjunto de recursos e serviços que possibilitam ampliar as habilidades de pessoas com deficiência e idosos, melhorando sua independência, melhorando a qualidade de vida e promovendo a inclusão social, com material construído de forma acessível, usado sempre que necessário (CAVALCANTE et al., 2015).

Outro exemplo de tecnologia assistiva direcionada a mulheres cegas, é a utilização da literatura de cordel, como estratégia de educação em saúde em amamentação, criada por enfermeiras para dinamizar a assistência a um grupo de mulheres cegas, que teve como principal forma de comunicação o tato e a audição (OLIVEIRA; REBOUÇAS; PAGLIUCA, 2009).

Estudo que utilizou a tecnologia assistiva desenvolvido por enfermeiras para abordar o uso do preservativo feminino e masculino entre mulheres/homens cegos, demonstrou que o uso de tecnologias assistivas diminuiria os comportamentos de risco das pessoas com deficiência visual, proporcionando conhecimento sobre a anatomia feminina e estimulando o uso do preservativo (WANDERLEY et al., 2012; CAVALCANTE et al., 2015).

Apesar de todas as legislações citadas, que garantem às pessoas com deficiência visual o acesso aos serviços de saúde, e de constar em Manual do Ministério da Saúde tópico direcionado às pessoas com deficiência no que concerne à sexualidade, ainda há tabus sobre a vivência da sexualidade das pessoas com deficiência, diminuindo o acesso às orientações em saúde e aumentando a vulnerabilidade.

> As pessoas com deficiência não têm nenhuma necessidade especial em relação a sexo que os demais também não apresentem. Seu grande problema, na esfera da sexualidade, é a falta de orientação, pois, de modo geral, suas famílias, escolas, ou instituições, não assumem essa responsabilidade. Como todas as pessoas, elas necessitam de orientação e informação sobre a sua sexualidade, porém, ao contrário dos ditos 'normais', terão mais dificuldade em obtê-las com seus colegas ou absorvê-las pela mídia. Logo, maior é a importância dessa temática nos programas preventivos destinados a elas (BRASIL apud GLAT, 2010).

Evidencia-se a importância do desenvolvimento de tecnologias assistivas inclusivas e efetivas, desenvolvidas por enfermeiras ou demais profissionais de saúde, e passíveis de ser desenvolvidas em diferentes momentos da vida do indivíduo, como, no caso das mulheres participantes deste estudo, no período da maternidade. Podem ser desenvolvidas em grupos educativos, por meio de oficinas, que estabeleça uma escuta sensível, tanto para levantar as necessidades dessas mulheres quanto para utilização desses momentos como recurso terapêutico.

Em relação às participantes, a sua condição de saúde mediou a transição e aumentou o estresse e a insegurança, ao menos inicialmente. A enfermagem poderia atuar nas condições que afetam as experiências e reações à transição, como o planejamento da gravidez, a cegueira e a própria gestação. Essas condições diminuiriam a sensação de bem-estar emocional e físico da mulher e inibiriam o alcance de uma transição saudável.

As mulheres apresentaram conscientização da transição. O nível de conscientização influenciou o grau de envolvimento, como a busca por informações, uso de modelos de conduta a seguir e preparação ativa para a mudança. As transições são ao mesmo tempo resultados de mudança e resultam em mudança - as mulheres perceberam as mudanças ao passar pelo susto inicial, pela aceitação da gestação, período de instabilidade, confusão e angústia até a estabilidade.

Os significados positivos da maternidade facilitariam o processo de transição, mas o estigma da cegueira seria um inibidor. Em alguns casos, a situação socioeconômica baixa ou dependência financeira teria gerado desconforto, insegurança ou preocupações com o futuro.

A falta de preparação e conhecimento das participantes para a maternidade com certeza gerou insegurança. Em alguns casos, a condição comunitária foi inibidora no processo transicional, principalmente para as mulheres cegas que não tinham apoio familiar durante a gestação. Sem apoio profissional de aconselhamento ou referência de mulheres cegas que geraram, consequentemente sem modelo de conduta nessas condições e sem respostas às perguntas.

A partir das narrativas de vida é possível identificar em quais momentos a enfermagem atuaria no cuidado às mulheres cegas, no planejamento para a gravidez, orientações com estratégias de tecnologia assistiva sobre métodos contraceptivos, ao dirimir medos, como relatado. O receio de gerar um filho com deficiência, esclarecendo que nem sempre a deficiência é hereditária, ou de não saber amamentar, dar banho e cuidados em geral, demonstrando como fazer e informando sobre experiências exitosas (MAIA; RIBEIRO, 2010; JORGE et al., 2014).

Com relação às experiências do parto, foram expressas tranquilamente como experiências positivas e independente da assistência que receberam.

> [...] também o parto foi muito bom, foi tudo normal. O outro eu tive na roça, P.C. não tomei ponto, que você sabe que na roça tinha aquela coisa que ajeitava tudo, não precisei tomar ponto. E ela eu tive na maternidade X, parto normal, foi muito bom (En 03).

> Foi uma ótima coisa mesmo, eu achei interessante quando o médico, quando eu ganhei o menino, que o médico botou em cima de mim eu comecei chorar, de alegria. Eu pensava que era um sonho ter um filho. Quando eu comecei a amamentar, a primeira amamentação que eu dei pro meu filho eu achei muito lindo. Queria ter nesse momento um celular para filmar, só naquele tempo não era o que é agora, mas no meu coração sempre tá gravado, todos os momentos, todos os primeiros momentos que eu comecei a amamentar todos os filhos meus (En 04).

> E aí sobre a gravidez, foi tudo ok, tudo normal, eu era chegando e ganhando logo... aí já da terceira, foi... e aí eu já tive já a terceira, depois aí aconteceu, no último dia demorou um pouco de ganhar, eu fiquei preocupada, aí foi indo, depois graças a Deus nasceu também... Depois veio a quarta, a quarta foi rapidinho, eu também tive, foi normal também, nunca tive cesariana (En 05).

> Meu parto foi bom demais, meu parto foi abençoado, foi um parto rápido, fiquei batendo o maior papo com o médico, e a emoção foi quando L. nasceu e chorou e deu uma tosse. Aquele choro é como se ele tivesse dito assim: - Cheguei. Cheguei pra ficar! (risos) E aí foi tudo de bom! Foi tudo maravilhoso! (En 07).

Embora as participantes acima narrem a experiência do parto como positiva, as mulheres com deficiência enfrentam situações de vulnerabilidade nos serviços de saúde, dificuldades em acessar os serviços de ginecologia e pré-natal e em relação às informações

sobre sua saúde sexual e reprodutiva. Os profissionais de saúde atuariam como facilitadores no empoderamento da mulher que apresentam uma deficiência, inicialmente ao tornar acessíveis os serviços de saúde, para superarem os obstáculos impostos pelo ambiente e executarem as mesmas ações de uma pessoa sem deficiência (SANTOS; SANTOS, 2016).

Na prática, os cuidados de enfermagem seriam direcionados a promover atividades cotidianas pelas mulheres com deficiência, por meio de tecnologias assistivas, como acessibilidade e informações, tecnologias não invasivas como o acolhimento e o estabelecimento de vínculo com essas mulheres, a estimulação do autocuidado e a valorização do corpo e dos seus sentidos (SANTOS; SANTOS, 2016).

> Independentemente dos riscos a que a gestante possa estar sujeita durante a gravidez, o cuidar de enfermagem é uma ferramenta fundamental na sua assistência. Ele serve como ponte e evidencia a necessidade dessas mulheres em serem ouvidas, assistidas de forma individualizada sob um olhar holístico e humanizado (SANTOS; SANTOS, 2016).

A enfermagem orientaria o processo de transição e colaboraria para as mulheres alcançarem a maestria e a transição bem-sucedida. “O desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem poderia concentrar-se na prevenção de transições não saudáveis, promovendo a percepção de bem-estar e lidando com a experiência das transições” (MELEIS, 2010, p. 67).

As mulheres deviam sentir-se conectadas à família, aos profissionais de saúde, aos serviços de saúde, e com a maioria das participantes não aconteceu.

A transição “expande-se desde a decisão da mulher de engravidar ou o acontecimento, de continuar a gravidez, até o momento em que o cuidado materno se incorporou à sua identidade” (MELEIS, 2010, p.53). Então, pode-se pensar o cuidado materno como consequência da transição, como fator da própria transição.

A enfermagem atuaria na preparação e conhecimento da transição para a maternidade, para desenvolverem autoconfiança. E as apoiaria nos domínios de novas competências, ou seja, da nova função: a ocorrência de transição simultânea, como as mulheres que ficaram cegas e gestantes ao mesmo tempo, antecipar-se ao evento da transição, prepará-las para a gestação, orientá-las como mover-se dentro da mudança com a identificação das alterações que ocorrerão em seu corpo, e oferecer assim um cuidado particularizado.

“A vulnerabilidade está relacionada a experiências de transição, interações e condições ambientais que expõem os indivíduos a possíveis danos, à recuperação problemática ou prolongada ou ao enfrentamento retardado ou não saudável” (MELEIS, 2010, p.52). A

enfermagem precisa avaliar os padrões de todas as transições significativas na vida de um indivíduo, se essa pessoa vive uma única transição ou múltiplas transições. No caso da mulher cega, é preciso considerar que a experiência da maternidade e a deficiência visual colocam-na em situação de vulnerabilidade.

O alcance de uma transição saudável pode ser caracterizado pelo processo e indicadores de resultado. Como as transições ocorrem ao longo do tempo, é importante identificar os indicadores que levam as pessoas para o estabelecimento de sua saúde, vulnerabilidade ou risco, assim, a enfermeira pode avaliar e interver precocemente para facilitar o desfecho para uma transição saudável.

O envolvimento no papel de mãe, o cuidado dedicado ao filho, e assumir as funções maternas configuram uma forma de interagir com a transição. Perceber o que mudou em sua vida após a maternidade, como eram, o que faziam e o que passaram a fazer.

"A conclusão saudável de uma transição é determinada pela extensão na qual os indivíduos demonstram maestria das habilidades e dos comportamentos necessários para lidar com suas novas situações ou ambientes" (MELEIS, 2010, p. 64). É pouco provável que a maestria ocorra no início da vivência da transição de um indivíduo, e por isso a enfermagem tem papel tão importante nos momentos iniciais (MELEIS, 2010).

Os cuidados de enfermagem que colaboram no desenvolvimento de habilidades que as mulheres adquiririam na maternidade e o estímulo a desenvolver autoconfiança, tomar suas próprias decisões, assumir o próprio cuidado e alcançar nova sensação de estabilidade são elementos que certamente levariam as mulheres cegas a alcançar a maestria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a finalidade de investigar a temática da maternidade, esta pesquisa foi desenvolvida tendo como enfoque a perspectiva das mulheres cegas, identificando nesse grupo a vivência da maternidade, facilidades ou dificuldades que encontraram, impressões e sentimentos.

As questões norteadoras da pesquisa foram respondidas, ao considerar que foi possível analisar a maternidade de mulheres cegas na perspectiva da Teoria das Transições. Compreendeu-se que a transição para a maternidade pode ser entendida como transição de desenvolvimento porque ocorre no ciclo de vida da mulher e leva ao amadurecimento corporal; como transição situacional, pois ao se tornar mãe, essa mulher muda de papel e inclui outras atividades, responsabilidades e necessidades em sua vida. Observou-se que a cegueira é uma transição entendida como transição situacional, e nesse grupo específico e em algumas dessas mulheres teria ocorrido concomitantemente a vivência da maternidade.

As mulheres cegas apresentam outras vulnerabilidades na condição da maternidade, mas superam essas dificuldades, movendo-se dentro da mudança.

Os condicionantes facilitadores/inibidores e os indicadores de processo e resultado do processo de transição da maternidade das mulheres cegas variam, principalmente, devido a sua dupla vulnerabilidade. As mulheres cegas demonstraram mais dificuldade em situações específicas que dependem da visão, e apresentaram capacidade de vivenciar a maternidade e a maternagem de forma autônoma como evidenciado nas narrativas.

O estudo evidenciou que vivenciam, um processo de transição para a maternidade semelhante ao das mulheres videntes, porém, carecem de mais intervenção terapêutica de enfermagem.

Pelas narrativas de vida, observou-se que as mulheres cegas adquiriram, por diversos meios, conhecimento e consciência da mudança que a maternidade provocou em sua vida, e buscaram informações e apoio de sua rede social disponível naquele momento. Poucos foram os casos em que as terapêuticas de enfermagem aconteceram, e quando aconteceram, foram superficiais, observadas em apenas cinco narrativas de vida.

O ajustamento foi percebido na demonstração de compromisso com as novas responsabilidades que a maternidade impôs, e em alguns casos o ajustamento recente à

condição pessoal de cegueira, à mudança de estilo de vida, à adaptação às necessidades do filho.

A maestria da transição saudável para a maternidade foi alcançada quando as mulheres se adaptaram ao papel materno, maternaram, desenvolveram relações saudáveis com seus filhos, superaram a deficiência e demonstraram querer mais da vida, exprimindo sonhos e desejos para o futuro.

As mulheres narraram os sentimentos vivenciados ao se tornar mãe, como se sentiram ao exercer o papel de mãe e as facilidades e dificuldades que encontraram para exercer a maternidade. Ao conhecer os sentimentos vivenciados pela mulher cega ao se tornar mãe, observou-se que a experiência de se tornar mãe, para essas mulheres, tem um significado de reconhecimento e afirmação pessoal, gratidão pela oportunidade, felicidade e realização em poder ser mães e se sentir amadas pelos filhos.

Ficou explícito que para essas mulheres a superação da deficiência é o grande significado da maternidade. Ao adquirir autonomia e independência elas se empoderaram. As facilidades percebidas pela mulher cega ao exercer a maternidade foram descritas em todas as narrativas, como a presença de apoio durante o período de gestação e na criação do filho, por parte do companheiro e**,** principalmente**,** de familiares, e as dificuldades com a ausência de um companheiro, além de situações de violência vividas.

Ao discutir o processo de transição da maternidade da maternidade de mulheres cegas à luz da Teoria das Transições, evidenciou-se que a contribuição da enfermagem no cuidado transicional é de extrema relevância para as mulheres cegas que desejam ser mãe. Foi possível identificar, a partir das narrativas de vida, em quais momentos e situações o cuidado de enfermagem é essencial para o processo de transição para a maternidade das mulheres cegas e como a enfermagem pode atuar para atender às necessidades dessas mulheres.

Mas observou-se igualmente nas narrativas que as intervenções e cuidado de enfermagem, quando houve, foram extremamente pontuais, demostrando uma lacuna a ser reparada, uma precisão explícita de voltar o olhar da enfermagem às mulheres cegas e suas necessidades, acompanhá-las desde o processo de preconcepção, até os cuidados e acompanhamento com o seu filho.

O desenvolvimento de pesquisas neste sentido e o direcionamento de uma formação profissional mais sensível à pessoa com deficiência devem ser estimulados na academia em conjunto com os serviços de saúde, utilizando os pilares ensino, pesquisa e extensão.

Um olhar mais apurado para as mulheres com deficiência nas comunidades atendidas e serviços de saúde utilizados em práticas de ensino e estágio supervisionado das universidades pode ser uma excelente oportunidade de se trabalhar a dupla vulnerabilidade nesses casos. As unidades básicas de saúde e equipes de saúde da família podem investir em práticas integrativas complementares para esse público em qualquer fase do ciclo de vida que se encontre.

A pesquisa se propõe a deixar uma porta entreaberta para novos estudos ocorrerem, e que possa incentivar o cuidado transicional de enfermagem a mulheres cegas em processo de maternidade, ponderando como ocorre e como seria mais bem oferecido pelos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, D. O. **Narrativas de vida de mulheres alcoolistas**: contribuições para a prática da enfermeira no CAPS a d. 2014. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

ALVES, A. M. et al. **A enfermagem e puérperas primigestas**: desvendando o processo de transição ao papel materno. Cogitare enferm., v. 12, n. 4, p. 416-427, out/dez 2007.

ASSOCIAÇÃO JEQUIEENSE DE CEGOS. Jequié, Bahia, 2015. Disponível em: < http://ajecejequie.com/>. Acesso em: 9 de fevereiro de 2015.

ARAÚJO, L. A. D. Em busca de um conceito de pessoa com deficiência. In: GUGEL, M.A.; COSTA FILHO, W.M.; RIBEIRO, L.L.G. (Org.). **Deficiência no Brasil:** uma abordagem integral dos direitos das pessoas com deficiência. Florianópolis: Obra Jurídica, 2007. p. 11-23.

AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: SOUZA, G.W.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JUNIOR, M. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, São Paulo: Fiocruz, Hucitec; 2012. p. 375-417

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

BADINTER, E. **Rumo equivocado**: o feminismo e alguns destinos. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

BADINTER, E. **O conflito**: a mulher e a mãe. Tradução de Vera Lúcia dos Reis. Rio de Janeiro: Record, 2011.

BARBOSA, G.O.L. et al. Comunicação verbal e não verbal de mãe cega e com limitação motora durante alimentação da criança. **Acta paul. enferm**., São Paulo, v. 24, n. 5, p. 663-669. 2011.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**: a experiência vivida. 3 ed. Rio de janeiro: Nova Fronteira. Vol. 2. 2016.

BERTAUX, D. **Narrativas de vida**: a pesquisa e seus métodos. Natal, RN: EDUFRN, 2010.

BOWLBY, J. **Apego e perda**: A natureza do vínculo. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2006. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília, 2008. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência. **Pessoa com deficiência**: Direitos Sexuais e Reprodutivos na Integralidade da Atenção à Saúde. Brasília, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, 2010.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência. Cartilha do Censo 2010. Brasília, 2012.

_____. Estatuto da pessoa com deficiência. Senado Federal. Coordenação de Edições Técnicas, Brasília, 2015.

_____. Secretaria de Direitos Humanos. Portaria n° 2344. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília 3 de novembro de 2010. Disponível em: <www.jusbrasil.com.br/diarios/21770156/pg-4-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-05-11-2010>. Acesso em: 24 out. 2016.

CALDAS, C.P.; BERTERÖ, C. Health Promotion and Life Course Dynamics: Transitions of Brazilian Elderly. Health, v. 6, p. 616-624, 2014.

CATAFESTA, F. et al. Pesquisa-cuidado de enfermagem na transição ao papel materno entre puérperas. **Rev eletrônica enferm**., v. 9, n. 2, p. 457-475, maio/ago 2007.

CATAFESTA, F. et al. A amamentação na transição puerperal. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**., Rio de Janeiro, v.13, n.3, p. 609-16, jul/set. 2009.

CAVALCANTE, L.D.W. et al. Tecnologia assistiva para mulheres com deficiência visual acerca do preservativo feminino: estudo de validação. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v.49, n.1, p. 14-21, 2015.

CHIES, A S.; GALATI, D.; SCHMIDT, S. Communicative interactions between visually impaired mothers and their sighted children: analysis of gaze, facial expressions, voice and physical contacts. **Child: care, health and development**, v. 41, n. 6, 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução n° 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 12 dezembro de 2012. Brasília, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução n° 510 de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 7 de abril de 2016.

COSTA, L.E.L.; QUIRINO, M.D.; SILVA, R.S.S. Diferentes formas de existir: o conceito de vulnerabilidade nas pessoas com deficiência. **Rev. enferm. UFPE on line**., v. 4, n.1, p. 405, jan/ mar 2010.

COSTA, I.H.R.; COELHO, E.A.C. Ideologias de gênero e sexualidade: a interface entre a educação familiar e a formação profissional de enfermeiras. **Texto & contexto enferm**. Florianópolis, v. 22. n. 2, p.485-492, abr/jun 2013.

CRUZ, D. M.C.; SILVA, J.T.; ALVES, H.C. Evidências sobre violência e deficiência: implicações para futuras pesquisas. **Rev. Bras. Ed. Esp**., Marília, v.13, n.1, p.131-140, jan/abr 2007.

DANTAS, T.C.; SILVA, J.S.S.; CARVALHO, M.E.P. Entrelace entre gênero, sexualidade e deficiência: uma história feminina de rupturas e empoderamento. **Rev. Bras. Ed. Esp,** Marília, v. 20, n. 4, p. 555-568, out/dez 2014.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris. 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133.html/> Acesso em 11 de fevereiro de 2019.

DIAS, I.M.V.; SANTOS, R.S. Método história de vida e sua aplicabilidade no campo da enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**., Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 278-286, ago 2005.

DINIZ, S. Feminismo, materno-infantilismo e políticas de saúde materna no Brasil. **Questões de saúde reprodutiva**, Recife – PE, n. 6, p. 119-127, 2013.

FRANCA, I.S.X. et al. Violência simbólica no acesso das pessoas com deficiência às unidades básicas de saúde. **Rev. bras. enferm. (Online).** Brasília, v. 63, n. 6, p. 964-970, nov-dez 2010.

FREDERICK, A. Between stigma and mother-blame: blind mothers' experiences in USA hospital postnatal care. **Sociology of Health & Illness**, v. 37, n. 8, p. 1127–1141. 2015.

GRADVOHL, S. M. O.; OSIS, M. J. D.; MAKUCH, M. Y. Maternidade e Formas de Maternagem desde a Idade Média à atualidade. **Pensando Famílias**, v. 18, n. 1, p. 55-62, jun. 2014.

HUNT, L. **A invenção dos direitos humanos**: uma história. São Paulo: Companhia das Letras**,** 2009.

IM, E. et al. Teoria das transições: uma trajetória do desenvolvimento teórico em enfermagem. **Nursing Outlook**, v. 59, n. 5, p. 278-285, out 2011.

JEQUIÉ (Cidade). **Prefeitura Municipal de Jequié**. Disponível em: <http://www.jequie.ba.gov.br>. Acesso em: 1 de dezembro de 2015.

JORGE, H.M.F. et al. Enfrentamento de mães cegas no acompanhamento dos filhos menores de 12 anos. **Texto & contexto enferm**., Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1013-21, out/dez 2014.

KORUKCU, O.; DELIKTA, S.A.; KUKULU, K. Transição para a maternidade de mulheres com crianças com necessidade de cuidados especiais. **International Nursing Review**. 2017.

LINS, B.A.; MACHADO, B.F.; ESCOURA, M. **Diferentes, não desiguais**: a questão de gênero na escola. 1 ed. São Paulo: Editora Reviravolta, 2016.

MAIA, A.C.B.; RIBEIRO, P.R.M. Desfazendo mitos para minimizar o preconceito sobre a sexualidade de pessoas com deficiências. **Rev. Bras. Ed. Esp.,** Marília, v.16, n.2, p.159-176, mai/ago 2010.

MATOS, T.A. et al. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. **Rev bras enferm**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 998-1004, nov-dez 2010.

MELEIS, A.I. et al. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. IN: MELEIS, A.I. **Transitions theory**: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. Springer Publishing Company, LLC. 2010.

MELLO, V.S. **A enfermagem e o tratamento da mulher com sífilis**: narrativas de vida. 2016.126 fls. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

MOTA, M.S. et al. Facilitadores do processo de transição para o autocuidado da pessoa com estoma: subsídios para Enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 49, n. 1, p. 82-88, 2015.

NASCIMENTO C.F.L. et al. A natureza do vínculo mãe/filho – Onde tudo começa. IN: NÓBREGA, F.J. **Vínculo mãe-filho**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

NICOLAU, S.M.; SCHRAIBER, L.B.; AYRES, J.R. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. **Ciênc. saúde coletiva (Online),** v. 18, n. 3, p. 863-872, 2011.

OLIVEIRA, P.M.P.; REBOUÇAS, C.B.A.; PAGLIUCA, L.M.F. Construção de uma tecnologia assistiva para validação entre cegos: enfoque na amamentação. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 837-43, nov/dez 2009.

OMS. Organização Mundial de saúde. **Mulheres e saúde**: evidências de hoje, agenda de amanhã. Relatório. 2011

ORLANDI. O.V. **Teoria e prática do amor à criança**: Introdução à pediatria social no Brasil. Rio de Janeiro: Editor Jorge Zahar. 1985.

OTHERO, M.B.; AYRES, J.R.C.M. Healthcare needs of people with disabilities: subjects' perspectives through their life histories. **Interface comum. saúde educ**., v.16, n.40. p. 219-233, jan/mar 2012.

PAGLIUCA, L.M.F et al. Análise da comunicação verbal e não verbal de uma mãe cega e com limitação motora durante a amamentação. **Rev bras enferm**. Brasília; v. 64, n. 3, p. 431-437, mai-jun 2011.

PAGLIUCA, L.M.F.; COSTA, E. M. Tecnologia educativa para o auto-exame das mamas em mulheres cegas. **Rev. RENE**, v.6, n.1, p.77-85, jan-abril 2005.

PERROT, M. **Minha história das mulheres**. 2 ed. São Paulo: Contexto, 2016.

REIS, A.T. et al. A escuta atenta: reflexões para a enfermagem no uso do método história de vida. **REME rev. min. enferm**., v. 16, n. 4, p. 617-622, out/dez 2012.

SANTOS, I.M.M. **A maternagem de mulheres com filho pré-termo** – bases para assistência de enfermagem neonatal. 2009. 244 f. Tese (Doutorado Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SANTOS, L.F.M. **Gestação sobre rodas**: assistência de saúde à mulher cadeirante durante o pré-natal, parto e nascimento. 2011. 117 f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SANTOS, L.F.M. et al. Mulheres com deficiência: reflexões sobre a trajetória das políticas públicas de saúde. **Rev. enferm. UFPE on line**., Recife, v. 7, n. 7, p. 4775-81, jul 2013.

SANTOS, K.D.; MOTTA, I.F. O significado da maternidade na trajetória de três jovens mães: um estudo psicanalítico. **Estud. psicol.** (Campinas), v. 31, n. 4, out/dez 2014.

SANTOS, E.J.F. et al. O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: contributos das competências especializadas e linguagem classificada. **Millenium**, v. 49, p. 153-171, jun/dez 2015.

SANTOS, L.F.M.; SANTOS, R.S. Gestação e parto entre mulheres com deficiência. IN: PROENF. **Programa de atualização em enfermagem:** Saúde materna e neonatal: ciclo. Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras. Organizadora geral: Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Morais. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2016.

SCAVONE, L. **A maternidade e o feminismo**: diálogo com as ciências sociais. Cadernos Pagu, v.16, p.137-150. 2001.

SENJU, A. et al. The importance of the eyes: communication skills in infants of blind parents. **Proc R Soc B**, v.4, n.36, 2013.

SHUMACHER, K.L.; MELEIS, A.I. Transitions: A central concept in nursing. IN: MELEIS, A.I. **Transitions theory**: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. Springer Publishing Company, LLC. 2010.

SOARES, M.V.; CARVALHO, A.M.P. Mulheres portadoras de transtornos mentais e a maternidade. **Rev. latinoam. enferm**. (Online)., v. 17, n. 5, set/out 2009.

SOUTO, R.Q.; LEITE, C.C.S.; FRANÇA, I.S.X.; CAVALCANTI, A.L. Violência sexual contra mulheres portadoras de necessidades especiais: perfil da vítima e do agressor. **Cogitare enferm.Rev.**, v. 17, n. 1, p. 72-77, jan/mar 2012.

SOUZA, J.G. **A História de Vida de Mulheres Alcoolistas... Revelando a "Insustentável Vulnerabilidade do Ser"** - Um Estudo Aplicado à Prática Profissional da Enfermagem na Saúde da Mulher. 2006. 154f. Tese (Doutorado Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SPINDOLA T.; SANTOS, R.S. Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa(dora?) **Rev. Esc. Enferm. USP**., São Paulo, v. 37, n. 2, p. 119-126, 2003.

STELLIN, R.M.R.; MONTEIRO, C.F.A.; ALBUQUERQUE, R.A.; MARQUES, C.M.X.C. Processos de construção de maternagem. Feminilidade e maternagem: recursos psíquicos para o exercício da maternagem em suas singularidades. **Estilos da Clínica**, v.16, n.1, p. 170-185, 2011

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Roteiro para apresentação das teses e dissertações da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**. Organizadoras DIB, S.F.; SILVA, N.C.; colaboração, SILVA, K.R.O.; MACHADO, R.L.M. 142 p, 2. ed. Rio de Janeiro, 2012.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas,** Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago/dez 2014.

WANDERLEY, L.D. et al. Comunicação verbal e não-verbal de mãe cega durante a higiene corporal da criança. **Rev. RENE**., v. 11, Número Especial, p. 150-159, 2010.

WANDERLEY, L. D. et al. Sexualidade, DST e preservativo: comparativo de gênero entre deficientes visuais**. Rev. enferm. UERJ**., Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, out/dez, p. 463-9, 2012.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. 3. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

ZAGONEL, I.P.S. O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. **Rev. latinoam. enferm. (Online).,** v. 7, n. 3, jul 1999.

ZAGONEL, I.P.S. et al. O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. **Rev. eletrônica enferm**., v. 5 n. 2, p. 24-32, 2003.

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.
Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde.

A senhora está sendo convidada a participar, como voluntária, do estudo intitulado: A maternidade de mulheres cegas na perspectiva da Teoria das Transições: contribuições para o cuidado de enfermagem, conduzido por Vivian Mara Ribeiro sob orientação da Profª. Drª Rosângela da Silva Santos, que tem como objetivo principal analisar a maternidade de mulheres cegas na perspectiva da Teoria das Transições. A senhora não receberá nenhuma remuneração pela participação na pesquisa e, também, não terá gastos. Os riscos dessa pesquisa são mínimos podendo durante a entrevista recordar algumas situações que altere suas emoções e sentimentos e se sentir algo constrangida. Caso isso aconteça estarei à disposição para pausar ou encerrar a entrevista. Desta maneira, esta pesquisa não trará riscos, mas a senhora poderá recusar-se em participar ou solicitar seu desligamento em qualquer fase da pesquisa livre de qualquer penalidade. Sua participação nesta pesquisa consistirá em falar a respeito de sua vida que tenha relação com a maternidade. O local e a data da entrevista a senhora poderá escolher e ela será gravada em áudio, pelo aparelho Music Player 4, conhecido como MP4, apenas para transcrição da narrativa. A todo o momento será mantido o sigilo a respeito de sua identidade. No momento da entrevista é importante que esteja somente eu e a senhora, em um lugar tranquilo e sem interferência. As gravações das entrevistas e as transcrições das mesmas serão guardadas em arquivo digital durante cinco anos como recomendam as resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e depois serão destruídas.

Para garantir o sigilo de sua participação, os dados obtidos só serão divulgados nos meios acadêmicos e científicos de forma consolidada sem qualquer identificação das participantes e da instituição.

Os benefícios esperados com esta pesquisa serão a aquisição de conhecimento através das histórias de vida das mulheres cegas com vistas a melhorar a qualidade do cuidado, do ensino e da pesquisa na área da enfermagem em saúde da mulher.

Caso a senhora concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável. Se houver necessidade de esclarecimentos, estes podem ser obtidos com a pesquisadora Vivian Mara Ribeiro por meio do e-mail vmribeiro@uesb.edu.br ou telefone 73 991435137. Se desejar, a senhora poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que analisou esta pesquisa através do e-mail cepims@ufba.br ou do telefone (77) 3429-2720 no período da manhã.

Desde já agradeço por sua atenção.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Jequié, ____ de _____ de 201_.

Assinatura da participante: _____

Impressão digital

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE B - Termo de assentimento informado livre e esclarecido

O que significa assentimento?

O assentimento significa que você concorda em fazer parte enquanto adolescente, de uma pesquisa onde serão respeitados seus direitos e você receberá todas as informações por mais simples que possam parecer.

Pode ser que este documento denominado “Termo de assentimento livre e esclarecido” contenha palavras que você não entenda. Por favor, peça ao responsável pela pesquisa para explicar qualquer palavra ou informação que você não entenda claramente.

Informação a participante da pesquisa:

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, do estudo intitulado: A maternidade de mulheres cegas na perspectiva da Teoria das Transições: contribuições para o cuidado de enfermagem, conduzido por Vivian Mara Ribeiro sob orientação da Profª. Drª Rosângela da Silva Santos, que tem como objetivo principal analisar a maternidade de mulheres cegas na perspectiva da Teoria das Transições. Você não receberá nenhuma remuneração pela participação na pesquisa e também não terá gastos. Os riscos dessa pesquisa são mínimos podendo durante a entrevista recordar algumas situações que altere suas emoções e sentimentos e se sentir algo constrangida. Caso isso aconteça estarei à disposição para pausar ou encerrar a entrevista. Desta maneira, esta pesquisa não trará riscos, mas a senhora poderá recusar-se em participar ou solicitar seu desligamento em qualquer fase da pesquisa livre de qualquer penalidade. Sua participação nesta pesquisa consistirá em falar a respeito de sua vida que tenha relação com a maternidade. O local e a data da entrevista você poderá escolher e ela será gravada em áudio, pelo aparelho Music Player 4, conhecido como MP4, apenas para transcrição da narrativa. A todo o momento será mantido o sigilo a respeito de sua identidade. No momento da entrevista é importante que esteja somente eu e a senhora, em um lugar tranquilo e sem interferência. As gravações das entrevistas e as transcrições das mesmas serão guardadas em arquivo digital durante cinco anos como recomendam as resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e depois serão destruídas.

Para garantir o sigilo de sua participação, os dados obtidos só serão divulgados nos meios acadêmicos e científicos de forma consolidada sem qualquer identificação das participantes e da instituição.

Os benefícios esperados com esta pesquisa serão a aquisição de conhecimento através das histórias de vida das mulheres cegas com vistas a melhorar a qualidade do cuidado, do ensino e da pesquisa na área da enfermagem em saúde da mulher.

Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável. Se houver necessidade de esclarecimentos, estes podem ser obtidos com a pesquisadora Vivian Mara Ribeiro por meio do e-mail vmribeiro@uesb.edu.br ou telefone 73 991435137. Se desejar, a senhora poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que analisou esta pesquisa através do e-mail cepims@ufba.br ou do telefone (77) 3429-2720 no período da manhã.

Desde já agradeço por sua atenção!

Declaração de assentimento da participante da pesquisa:

Eu li e discuti com a responsável pelo estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste TERMO DE ASSENTIMENTO. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste documento de ASSENTIMENTO INFORMADO.

Jequié, ____ de _____ de 201_.

Assinatura da participante: _____

Impressão digital

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE C - Termo de autorização do responsável legal das participantes menores de idade

A menor _____, sob sua responsabilidade, está sendo convidada a participar, como voluntária, do estudo intitulado: A maternidade de mulheres cegas na perspectiva da Teoria das Transições: contribuições para o cuidado de enfermagem, conduzido por Vivian Mara Ribeiro sob orientação da Profª. Drª Rosângela da Silva Santos, que tem como objetivo principal analisar a maternidade de mulheres cegas na perspectiva da Teoria das Transições. Nem você e nem ela, receberão nenhuma remuneração pela participação na pesquisa e nem terão gastos. A participação dela não é obrigatória. A qualquer momento, ela poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Os riscos dessa pesquisa são mínimos podendo, a menor, durante a entrevista recordar algumas situações que altere suas emoções e sentimentos e se sentir constrangida. Caso isso aconteça estarei à disposição para pausar ou encerrar a entrevista. Desta maneira, esta pesquisa não trará riscos, e a menor poderá recusar-se em participar ou solicitar seu desligamento em qualquer fase da pesquisa livre de qualquer penalidade.

A participação da menor nesta pesquisa consistirá em falar a respeito de sua vida que tenha relação com a maternidade. O local e a data da entrevista serão escolhidos por ela. A entrevista será gravada em áudio, pelo aparelho Music Player 4, conhecido como MP4, apenas para transcrição da narrativa. A todo o momento será mantido o sigilo a respeito de sua identidade. No momento da entrevista é importante que esteja somente eu e ela, em um lugar tranquilo e sem interferência. As gravações das entrevistas e as transcrições das mesmas serão guardadas em arquivo digital durante cinco anos como recomendam as resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e depois serão destruídas.

Para garantir o sigilo de sua participação, os dados obtidos só serão divulgados nos meios acadêmicos e científicos de forma consolidada sem qualquer identificação das participantes e da instituição.

Os benefícios esperados com esta pesquisa serão a aquisição de conhecimento através das histórias de vida das mulheres cegas com vistas a melhorar a qualidade do cuidado, do ensino e da pesquisa na área da enfermagem em saúde da mulher.

Caso concorde em autorizar a participação da menor nesta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável. Se houver necessidade de esclarecimentos, estes podem ser obtidos com a pesquisadora Vivian Mara Ribeiro por meio do e-mail vmribeiro@uesb.edu.br ou telefone 73 991435137. Se desejar, a senhora poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que analisou esta pesquisa através do e-mail cepims@ufba.br ou do telefone (77) 3429-2720 no período da manhã.

Eu, _____, responsável pela menor _____, autorizo a sua participação no estudo descrito acima. Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas.

Jequié, ____ de _____ de 201_.

Assinatura do responsável: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE D - Instrumento

ROTEIRO PARA INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

1 – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

DATA _____/_____/ _____

IDENTIFICAÇÃO:_____

ENDEREÇO:_____Nº_____

BAIRRO:_____ CIDADE _____

IDADE _____

RELIGIÃO:_____

COM QUEM MORA:_____

Nº DE FILHOS:_____ TIPO DE PARTO: ( ) NORMAL ( ) CESÁREO

AMAMENTOU? ( )SIM ( )NÃO

SE SIM, QUANTO TEMPO? _____

ENCONTROU FACILIDADES OU DIFICULDADES PARA AMAMENTAR? QUAIS?

_____

_____

_____

IDADE DOS FILHOS ATUALMENTE:_____

RENDA FAMILIAR:_____

ESCOLARIDADE:_____

ATIVIDADE QUE EXERCE:_____

RECEBE AUXÍLIO FINANCEIRO DO GOVERNO OU DE OUTRO TIPO:_____

2 – QUESTÃO NORTEADORA PARA A ENTREVISTA

"Que mudança você percebeu em você e em sua vida após o nascimento do seu filho?"

ANEXO – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UFBA - INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE -CAMPUS ANÍSIO TEIXEIRA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A maternidade de mulheres cegas na perspectiva da Teoria das Transições: contribuições para o cuidado de enfermagem

Pesquisador: Vívian Mara Ribeiro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65600517.0.0000.5556

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.996.349

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa qualitativa caracterizado a partir da perspectiva etnossociológica e utilizará como método de coleta e análise, a Narrativa de Vida e como referencial teórico a Teoria das Transições. O estudo será desenvolvido na cidade de Jequié, na Associação Jequieense de Cegos (AJECE). Farão parte da amostra mulheres que já eram cegas ao vivenciarem a maternidade e serão excluídas mulheres que apresentem alguma desorientação espaço/tempo que as impossibilite de realizar a entrevista e mulheres que tiveram filhos, mas que por algum motivo não conseguiram vivenciar a maternidade. A amostra estimada, utilizando dados da AJECE, é de doze mulheres e caso haja necessidade de se ampliar a amostra será utilizada a técnica bola de e neve.As informações serão coletadas por meio de entrevista aberta, através do método de Narrativa de Vida proposto por Bertaux (2010). Um roteiro para caracterização das participantes será aplicado com informações sóciodemográficas que permitirão conhecer mais as participantes. A entrevista que abordará a temática, e será gravada, será realizada a partir de uma única questão que irá direcionar a narrativa e a interlocução com a participante: Fale-me sobre a sua vida que tenha relação com a maternidade. A análise dos dados produzidos ocorrerá à luz da Teoria das Transições de Meleis (2010) e poderá tomar outros referenciais como

Endereço: RIO DE CONTAS, 58 Qd. 17, Lote 58
Bairro: CANDEIAS **CEP:** 45.029-094
UF: BA **Município:** VITORIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3429-2720 **E-mail:** cepims@ufba.br

base para a discussão dos dados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:Analisar a maternidade de mulheres cegas na perspectiva da Teoria das Transições.

Objetivos específicos:Compreender como a mulher cega vivencia o processo de transição para a maternidade; Identificar os sentimentos vivenciados pela mulher cega ao se tornar mãe; Descrever as facilidades e dificuldades percebidas pela mulher cega ao exercer a maternidade;Discutir o processo de transição da maternidade na perspectiva da mulher cega, à luz da Teoria das Transições.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos descritos nos termos de consentimento livre e esclarecido e assentimento estão referidos como constrangimento ao lembrar alguma situação vivenciada e as pesquisadoras declaram que caso isso ocorra, a entrevista será pausada ou até mesmo encerrada.Os benefícios são indiretos e declarados pelas pesquisadoras como: "os benefícios esperados com esta pesquisa serão a aquisição de conhecimento através das histórias de vida das mulheres cegas com vistas a melhorar a qualidade do cuidado, do ensino e da pesquisa na área da enfermagem em saúde da mulher".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está estruturado dentro das normas, com objetivos claros e utiliza metodologia apropriada para o objeto de estudo. As pesquisadoras preveem que poderá haver sujeitos da pesquisa, menores, e portanto anexam termo de consentimento para o responsável e termo de assentimento. As pesquisadoras declaram que os termos de consentimento e assentimento serão lidos e também oferecidos na versão em braille, garantem sigilo dos dados, desistência da participação na pesquisa a qualquer momento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos: currículos das pesquisadoras, projeto de pesquisa, termos de consentimento e assentimento, termo de autorização para uso de imagens e depoimentos,folha local do CEP, declaração de participação no projeto (declaração da pesquisadora), autorização para coleta de dados (assinada pelo presidente da Associação Jequieense de Cegos, declaração da orientadora como participante da pesquisa.

Recomendações:

Todas as recomendações feitas em parecer anterior foram devidamente esclarecidas.

UFBA - INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE -CAMPUS ANÍSIO TEIXEIRA

Continuação do Parecer: 1.996.349

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não havendo pendências a serem esclarecidas indico a aprovação do protocolo de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

O coordenador do CEP IMS/CAT avaliou e aprovou ad referendum o protocolo de pesquisa no dia 03/04/2017. Conforme a Resolução nº 466/12 (Item X, Tópico X.1, Ponto 3b), é necessário submeter, na Plataforma Brasil, relatórios semestrais referentes à execução deste projeto. Para este fim verifique o endereço eletrônico: http://www.ims.ufba.br/cep/sereshumanos/?pagina=relatorios. Caso haja relatórios pendentes, este Comitê se reserva a não apreciar novas submissões do pesquisador responsável até que estes sejam submetidos.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_875540.pdf	24/03/2017 10:15:08		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodepesquisaAmaternidadedemulherescegasnaperspectivadateoriadastransicoes2.pdf	23/03/2017 22:03:05	Vívian Mara Ribeiro	Aceito
Cronograma	Cronogramadeatividadescorrigido.pdf	23/03/2017 22:02:10	Vívian Mara Ribeiro	Aceito
Outros	CurriculodoSistemadeCurriculosLattesRosangeladaSilvaSantos.pdf	10/03/2017 14:44:47	Vívian Mara Ribeiro	Aceito
Outros	CurriculodoSistemadeCurriculosLattesVivianMaraRibeiro.pdf	10/03/2017 14:44:14	Vívian Mara Ribeiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodepesquisaAmaternidadedemulherescegasnaperspectivadaTeoriadasTransicoes.pdf	10/03/2017 11:04:09	Vívian Mara Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termodeconsentimentoeassentimento.pdf	10/03/2017 11:02:11	Vívian Mara Ribeiro	Aceito
Outros	Termodeautorizacaodeusodeimagensedepoimentos.pdf	10/03/2017 10:58:32	Vívian Mara Ribeiro	Aceito
Outros	Folhalocal.pdf	10/03/2017 10:57:30	Vívian Mara Ribeiro	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaodeparticipacaonoprojeto.pdf	10/03/2017 10:54:20	Vívian Mara Ribeiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacaocoletadados.pdf	07/03/2017 20:29:35	Vívian Mara Ribeiro	Aceito
Declaração de	DeclaracaoOrientador.pdf	07/03/2017	Vívian Mara Ribeiro	Aceito

Endereço: RIO DE CONTAS, 58 Qd. 17, Lote 58
Bairro: CANDEIAS **CEP:** 45.029-094
UF: BA **Município:** VITORIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3429-2720 **E-mail:** cepims@ufba.br

Pesquisadores	DeclaracaoOrientador.pdf	20:29:06	Vivian Mara Ribeiro	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoColetanaocomecou.pdf	07/03/2017 20:28:04	Vivian Mara Ribeiro	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoComprometimento.pdf	07/03/2017 20:27:03	Vivian Mara Ribeiro	Aceito
Declaração de Pesquisadores	OficioCEP.pdf	07/03/2017 20:24:22	Vivian Mara Ribeiro	Aceito
Orçamento	Cronogramafinanceiro.pdf	07/03/2017 20:23:42	Vivian Mara Ribeiro	Aceito
Cronograma	Cronogramadeatividades.pdf	07/03/2017 20:23:16	Vivian Mara Ribeiro	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	07/03/2017 20:15:41	Vivian Mara Ribeiro	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

VITORIA DA CONQUISTA, 03 de Abril de 2017

Assinado por:
Luciano Pereira Rosa
(Coordenador)