UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – CCSA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPGA
CURSO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO

LÍVIA MARIA TEIXEIRA MATOS

A Vulnerabilidade ao Consumo das Mulheres Tentantes após Perdas Gestacionais, Neonatais ou Infantis: O Caso dos Bebês Arco-Íris

JOÃO PESSOA/PB
2024

LÍVIA MARIA TEIXEIRA MATOS

A Vulnerabilidade ao Consumo das Mulheres Tentantes após Perdas Gestacionais, Neonatais ou Infantis: O Caso dos Bebês Arco-Íris

Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre ao Curso de Mestrado em Administração do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal da Paraíba, na linha de pesquisa Marketing e Sociedade.

Orientadora: Prof. Dr. Rita de Cássia de F. Pereira

JOÃO PESSOA/PB
2024

Catalogação na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

M433v Matos, Lívia Maria Teixeira.
A vulnerabilidade ao consumo das mulheres tentantes após perdas gestacionais, neonatais ou infantis: o caso dos bebês arco-íris / Lívia Maria Teixeira Matos. - João Pessoa, 2024.
134 f. : il.

Orientação: Rita de Cássia de Faria Pereira.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCSA.

1. Consumidor - Vulnerabilidade. 2. Mulheres tentantes. 3. Bebê arco-íris. 4. Luto gestacional. 5. Experiências traumáticas. I. Pereira, Rita de Cássia de Faria. II. Título.

UFPB/BC CDU 330.567.22(043)

Elaborado por RUSTON SAMMEVILLE ALEXANDRE MARQUES DA SILVA - CRB-15/0386

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS - CCSA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO - PPGA

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Defesa nº 697

Ata da Sessão Pública de Defesa de Dissertação do(a) Mestrando(a) **Lívia Maria Teixeira Matos** como requisito para obtenção do grau de Mestre em Administração, Área de Concentração em Administração e Sociedade e com Linha de Pesquisa em Marketing e Tecnologia.

No dia 29 de agosto de 2024, às 10:00 horas, na sala virtual *Google Meet* através do *link* https://meet.google.com/een-ptgx-nqu reuniu-se a Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Administração, composta pelos membros Prof.ª Dr.ª Rita de Cássia de Faria Pereira (Orientador(a) – PPGA/UFPB), Prof.ª Dr.ª Renata Francisco Baldanza (Examinadora Interna) – PPGA/UFPB) e Prof.ª Dr.ª Diana Lúcia Teixeira de Carvalho (Examinadora Externa – UFPB) com a finalidade de julgar a dissertação da aluna **Lívia Maria Teixeira Matos**, intitulada: **"BEBÊ ARCO-ÍRIS: Um estudo sobre a vulnerabilidade do consumo de mulheres tentantes após perda gestacional, neonatal ou infantil"**, para obtenção do grau de Mestre em Administração. O desenvolvimento dos trabalhos seguiu o roteiro de sessão de defesa estabelecido pela coordenação do curso, com abertura, condução e encerramento da sessão solene de defesa, realizados pela presidente Prof.ª Dr.ª Rita de Cássia de Faria Pereira. Após haver analisado o referido trabalho e arguido a candidata, os membros da Banca Examinadora deliberaram por unanimidade e atribuíram o conceito **(X) aprovado**, ( ) insuficiente, ( ) reprovado.

Observações da Banca:
A discente deve seguir as recomendações da banca, feitas no momento da defesa pública.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA **FOLHA DE ASSINATURAS**
SISTEMA INTEGRADO DE PATRIMÔNIO, ADMINISTRAÇÃO E CONTRATOS

Emitido em 29/08/2024

ATA Nº 2024/2024 - CCSA - PPGA (11.01.13.35)
(Nº do Documento: 2024)

(Nº do Protocolo: NÃO PROTOCOLADO)

(Assinado digitalmente em 03/09/2024 10:48)
RITA DE CASSIA DE FARIA PEREIRA
PRO-REITOR(A)
1514367

(Assinado digitalmente em 14/11/2024 20:26)
RENATA FRANCISCO BALDANZA
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
1551258

(Assinado digitalmente em 12/09/2024 23:32)
DIANA LUCIA TEIXEIRA DE CARVALHO
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
2360507

Para verificar a autenticidade deste documento entre em https://sipac.ufpb.br/documentos/ informando seu número: **2024**, ano: **2024**, documento (espécie): **ATA**, data de emissão: **02/09/2024** e o código de verificação: **8b6fecceac**

Dedico esse trabalho à minha família, em especial à minha mãe. Sua coragem, força e resiliência são motivos de orgulho e admiração eterna.

AGRADECIMENTOS

Pra uma pessoa que sempre teve problemas em pedir ajuda, me sinto honrada em agradecer a tantas pessoas que colaboraram para minha jornada acadêmica, e surpresa pelos queridos amigos que fiz pelo caminho. Minha história com a cidade de João Pessoa não é de agora, e depois dessa etapa, com certeza ficará marcada na minha memória e no meu coração para sempre.

Agradeço primeiramente a Deus, que com suas linhas tortas me concedeu tantas oportunidades e bênçãos. Minha conversa com Ele é diária, e O vejo através das várias graças que me concedeu, essa certamente é mais uma em minha vida. Direi uma só palavra e serei salva.

Aos meus pais, Sr. Raimundo Teixeira e Dona Maria Auxiliadora, que através do exemplo me ensinaram muito mais que livros. A perseverança de sair do interior sem certeza de nada, a dedicação em construírem uma vida juntos e focados em darem o melhor para suas duas filhas através do comércio, incentivando sempre os estudos, me fortalecem e fazem eu crer sempre em dias melhores. Obrigada por nunca desistirem, por me questionarem, por me fazerem buscar a melhor versão de mim. Amo vocês para sempre.

À minha irmã Letícia Matos, que é a minha melhor amiga. Não consigo imaginar minha vida sem você. Você é a pessoa mais inteligente que eu conheço. Obrigada por ter ajudado a me criar, mesmo pela pequena diferença de idade, pela sabedoria através dos conselhos, e pelas melhores gargalhadas. Você é a minha pessoa no mundo!

Ao meu namorado Anderson Lacerda, que vibrou comigo quando soube que eu tinha passado no programa, que me apoiou quando eu disse que ia morar fora e que nunca questionou minhas ausências durante esse período. Obrigada por estar do meu lado (literalmente) em vários momentos de escrita e por acreditar em mim. Você é a minha escolha diária! Anseio pelo nosso futuro e por tudo que estamos construindo juntos.

À minha amiga Maria Mariana, pelas palavras de apoio e por ser fonte de inspiração. Obrigada pela generosidade em ofertar seu ombro nos momentos de tristeza, por compartilhar seus amigos e sua família comigo, por estar presente nas minhas melhores memórias, por nunca ter desistido da nossa amizade e por ser presente apesar da distância. Sua vida é uma dádiva na minha. Sempre nós!

À minha prima Luanne Mara, que prometi que colocaria ela nos meus agradecimentos de mestrado quando eu reprovei no 1º ano do Ensino Médio. A primeira Mestra da família e a primeira Doutora. Me inspiro constantemente em você! Obrigada por ter acreditado em mim e por me apoiar sempre. Você é incrível!

Aos meus amigos da especialização da UNIPÊ, Camila, Demetrius, Felipe e Karla. Vocês foram os primeiros que fizeram eu me apaixonar por João Pessoa, que me incentivaram a prosseguir no sonho de mestrado, minha primeira família em uma cidade desconhecida. Cada um, individualmente, sabe a importância que tem em minha vida. Obrigada por tudo!

À minha amiga Bruna Pontes, que foi um dos meus primeiros contatos no PPGA, meu verdadeiro anjo da guarda quando ainda era aluna especial. Você é fonte de inspiração pra mim através da sua resiliência e bom humor. Obrigada pela sua amizade! Serei eternamente grata.

Aos colegas da turma 47, por todos os compartilhamentos de angústias, de trabalhos, mas de muitos sorrisos. Fomos a turma da transição do online pro presencial, e acho que tiramos

de letra! Agradeço em especial ao Matheus Praxedes, que me ajudou a escolher uma boa estadia em João Pessoa e por muito tempo foi minha dupla em trabalhos. Minha gratidão!

Agradeço imensamente ao meu grupo de saídas, sorrisos e cafés da tarde, meus amigos do doutorado (sim, pra frente sou eu), Arthur, Bruna, Diogo, Ernanda, Monalisa Tatiane, Rhideme, Laís e Lucas. Junto de vocês formei uma segunda família que nunca esquecerei! Agradecimento em especial à minha amiga Naftally, que me apresentou essa turma linda, que nunca largou minha mão, que acreditou em mim antes mesmo deu acreditar. Minha companheira de caronas, de publicações e de viagens, você é extraordinária!

À minha orientadora, Profa. Rita de Cássia de Faria Pereira, que com sua sabedoria sempre me guiou com leveza ao caminho do êxito. Obrigada pela liberdade de escolha do tema, por me auxiliar e me cobrar quando necessário. Gratidão!

Aos membros da banca examinadora, Prof. Renata Baldanza e Prof. Diana Lúcia, pelas contribuições que enriqueceram esse trabalho. Suas pontuações foram de extrema valia.

Ao PPGA/UPFB e os professores que o compõem, que me proporcionaram tanto aprendizado e me ajudaram a desmistificar que ensinar não está ligado a monotonia, e que pelo exemplo, me fizeram admirar mais ainda a profissão de ser professor. A Raphaela e Samuel, da secretaria, que sempre me auxiliaram de forma rápida e direta. Ao CAPES, pela concessão de bolsa durante o período de um ano, que me ajudou financeiramente para conclusão desse sonho.

Ao GPCima, que através do Prof. Nelsio, me ajudou a publicar meu primeiro artigo, que cooperou com tantos bons *insights* e me fez uma pesquisadora melhor, obrigada.

Aos meus colegas de trabalho das Lojas Raymar, que sempre tão parceiros, contribuíram direta ou indiretamente para conclusão dessa jornada acadêmica.

Às mulheres tentantes que participaram desse trabalho, que através do compartilhamentos das suas vivências, das suas frustrações, medos e conquistas, fizeram essa pesquisa possível, meu muito obrigada.

E por último, mas não menos importante, quero agradecer a mim, por ter acreditado em mim, por ter feito esse trabalho árduo, por ter trabalhado em madrugadas, finais de semana e feriado, abdicando da vivência de muitos que aqui foram citados, por não ter desistido, por ter dado o meu melhor sempre que era possível, por ter aceitado quando estava errada e por ter sido eu mesma sempre.

Eu sei o que eu quero, eu tenho um objetivo, uma opinião, eu tenho uma religião e tenho amor. Deixe-me ser eu mesmo e então eu estou satisfeita. Eu sei que eu sou uma mulher, uma mulher com força interior e muita coragem.

(Anne Frank)

RESUMO

Essa pesquisa teve como objetivo investigar as características de consumo, em serviços de saúde, de mulheres tentantes que já passaram por uma ou mais perdas gestacionais, neonatal ou infantil. A justificativa para esse trabalho é entender o consumo dessas mulheres a uma nova gestação, a partir das abordagens teóricas acerca da vulnerabilidade do consumidor, mulheres tentantes, bebê arco-íris, luto e experiências traumáticas. Foi realizada um estudo de natureza qualitativa, com coleta de dados através de três técnicas: grupos focais, entrevistas semiestruturadas e observação não-participante. Os dados foram analisados por meio de análise de conteúdo. Os resultados sugerem que falta estrutura específica para mulheres tentantes dentro de hospitais, maternidades e clínicas, e que a depender do problema de saúde que a mulher tentante tenha, a sua vulnerabilidade de consumo pode exacerbar. Implica-se também que mulheres tentantes utilizam das recomendações de consumo de mulheres já grávidas para conseguirem ter o bebê arco-íris, além de que optarem pelo anonimato nas redes sociais. De acordo com os resultados de análise, incute-se que a religiosidade pode ser considerada um consumo restaurativo para mulheres tentantes enlutadas. Esse estudo contribui para a literatura ao explorar a vulnerabilidade do consumidor de forma multidisciplinar, relacionando a perspectiva de consumo durante o luto e experiências traumáticas. Além de inovar ao abordar o fenômeno do aumento de consumo associado ao termo bebê arco-íris e suas possíveis influências nas redes sociais.

Palavras-chave: Vulnerabilidade do Consumidor. Mulheres Tentantes. Bebê Arco-Íris. Luto Gestacional. Experiências Traumáticas.

ABSTRACT

The objective of this research was to investigate the characteristics of consumption in health services by women who are trying to conceive and who have experienced one or more gestational, neonatal or infant losses. The justification for this work is to understand the consumption of these women in relation to a new pregnancy, based on theoretical approaches regarding consumer vulnerability, women trying to conceive, rainbow babies, grief and traumatic experiences. A qualitative study was conducted, with data collection through three techniques: focus groups, semi-structured interviews and non-participant observation. The data were analyzed through content analysis. The results suggest that there is a lack of specific structure for women trying to conceive within hospitals, maternity wards and clinics, and that depending on the health problem that the woman trying to conceive has, her vulnerability to consumption may be exacerbated. It is also implied that women trying to conceive use the consumption recommendations of women who are already pregnant in order to have the rainbow baby, in addition to opting for anonymity on social networks. According to the results of the analysis, it is inferred that religiosity can be considered a restorative consumption for grieving women who are trying to conceive. This study contributes to the literature by exploring consumer vulnerability in a multidisciplinary way, relating the perspective of consumption during mourning and traumatic experiences. In addition, it innovates by addressing the phenomenon of increased consumption associated with the term rainbow baby and its possible influences on social networks.

Keywords: Consumer vulnerability. Women who are trying. Rainbow Baby. Gestational bereavement. Traumatic Experiences.

SUMÁRIO

PREÂMBULO **14**
1. INTRODUÇÃO **16**
1.1. **Problema de pesquisa** **17**
1.2 **Justificativa** **19**
2. REFERENCIAL TEÓRICO **22**
2.1 **Vulnerabilidade de Consumo** **22**
2.1.1 Vulnerabilidade de consumo em serviços de saúde 27
2.2 Mulheres Tentantes **29**
2.2.1 Bebê Arco-íris e as Redes Sociais Digitais 31
2.3 Luto e Consumo **33**
2.3.1 Experiência Traumática 37
3. METODOLOGIA **40**
3.1 Delineamento de Pesquisa **40**
3.2. Coleta de Dados **41**
3.3 Sujeitos da Pesquisa **43**
3.4 Análise de Dados **44**
3.5 A execução - Grupo Focal Online **45**
3.6 A execução – Entrevistas Semiestruturadas **51**
3.7 A execução – Observação Não-Participante **53**
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS **54**
4.1 **Vulnerabilidade de Consumo da Mulher Tentante** **54**
4.1.1 Suporte Físico em Hospitais, Maternidades e Clínicas 55
4.1.2 Serviços de Saúde em Hospitais, Maternidades e Clínicas 59
4.1.3 Vulnerabilidade Financeira das Mulheres Tentantes 66
4.1.4 Problemas de saúde e tipos de tratamento para engravidar 72
4.1.5 Infertilidade dos parceiros 78
4.1.6 Serviços Prestados durante a Perda 80
4.1.7 As vivências da mulher tentante 84
4.2 Gravidez e Bebê Arco-Íris **88**
4.2.1 Bebê arco-íris e seus significados 91
4.2.2 Mudanças de hábitos e práticas de consumo para o bebê arco-íris 95
4.2.3 Grupos de apoio, redes sociais digitais e as mulheres tentantes 98
4.3 Luto e Experiência Traumática **106**
4.3.1 Símbolos e atos simbólicos criados após uma perda 106
4.3.2 Sentimentos desencadeados pela perda 113
4.3.3 Consumos Restaurativos para passar pela perda 116
5. FIGURA ESQUEMÁTICA **121**
6. CONCLUSÃO **122**

REFERÊNCIAS **124**
APÊNDICE A - TÓPICO GUIA **133**
APÊNDICE B – ROTEIRO ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS **134**

PREÂMBULO

Essa dissertação de mestrado tem como objetivo investigar as características de consumo, em serviços de saúde, de mulheres tentantes que já passaram por uma ou mais perdas gestacionais. Distingue-se por possuir um tema interdisciplinar, em uma área particularmente relevante, que é a maternidade após perda gestacional, que é predecessora do conceito de bebê arco-íris. Esse conceito contemporâneo tem ganhado notoriedade nas redes sociais por simbolizar a esperança e renovação após a perda para mulheres tentantes. Tal assunto tem recebido crescente atenção na literatura acadêmica, porém o fator principal que leva ao estudo possui motivação pessoal da autora.

Aos 28 anos, a mãe da autora engravidou a primeira vez. Uma gravidez planejada e muito esperada pelo casal Maria e Raimundo. Fizeram vários planos, compraram enxoval, o berço, planejaram o nome, que seria Emanuela, além de terem ganhado várias roupinhas, logo porque seria a primeira filha. Infelizmente, perto de dar à luz, já com 32 semanas de gestação, em um exame de rotina, foi informado para Maria que Emanuela já não tinha mais os batimentos cardíacos.

No relato revivido por várias vezes no seio familiar, a mãe da autora conta que do momento que soube da notícia até a hora de chegar em casa, não parou de chorar nem por um momento. No mesmo dia que soube da perda da filha, teve que realizar uma cesárea, mesmo sabendo que o bebê que desse à luz, não teria vida.

Durante o seu relato, a mãe da autora fala que não teve informações sobre o motivo pelo qual teve a perda gestacional por nenhum dos profissionais de saúde que a atenderam. Apenas lamentaram e disseram para tentar novamente, pois era jovem. O feto do bebê também não foi ofertado ao casal para enterro, porque na época apenas era sabido que era dado para universidades como objeto de estudo, o que até hoje é motivo de lamento pelos pais da Emanuela. Até hoje é lembrado o dia do seu aniversário e onde provavelmente ela poderia ter sido enterrada.

Muitos outros são os relatos acerca dessa vivência. As memórias e os traumas existentes na época sempre foram relatos recorrentes dentro do seio familiar, no intuito de nunca esquecer a existência da Emanuela, e validar o ocorrido. O nascimento da segunda filha foi um momento de muita celebração na época, por isso, quando foi verificado que existe hoje um termo específico para intitular o nascimento do bebê saudável após perda gestacional (bebê arco-íris), perguntaram por que não tinha existido antes.

Dessa forma, essa dissertação de mestrado foi concretizada como uma homenagem a essa vivência de Maria e Emanuela, mas também com o intuito de tentar examinar as experiências das mulheres tentantes. Esse estudo busca compreender com mais profundidade as experiências dessas consumidoras, que buscam a maternidade mesmo após uma ou mais perdas gestacionais, bem como, identificar maneiras de apoiá-la de forma mais eficaz no contexto de consumo tanto clínico como social.

1. INTRODUÇÃO

Uma nominação vem criando força nas redes sociais nos últimos anos para caracterizar o recém-nascido saudável sucessor de uma perda gestacional, neonatal ou infantil, no qual identifica-se por bebê arco-íris (Figueira, 2021). Pouco se sabe da sua origem, mas no contexto contemporâneo, a que ganhou notoriedade e é a mais aceita entre as mulheres tentantes, tem referência ao fenômeno meteorológico que advém depois de uma tempestade.

O termo vem sendo muito citado em reportagens, a exemplo do Fantástico, que intitulou certo editorial como “Bebês arco-íris ajudam mulheres que perderam filhos a superar trauma” (Capucci, 2019). Por meio dessa denominação, percebe-se a validação e ressignificação do momento de dor que uma perda gestacional pode provocar em uma mulher, como também de esperança para a concretização da gestação e maternidade.

Junto a isso, tem-se mulheres que possuem o sonho de um dia se tornarem mães e se autodenominam como mulheres tentantes, ou seja, aquelas que estão envolvidas na tentativa de gestar (Freitas & Silva Júnior, 2022). Durante tal período, as mulheres tentantes podem passar por uma ou mais perdas gestacionais, o que pode ocasionar severas consequências como ansiedade, depressão e expectativas negativas, tanto para maternidade como pra si própria (Hart & McMahon, 2006). Discussões acerca dos métodos utilizados por essas mulheres para se tornarem mães, assim como as fragilidades do momento, são pautas para o presente estudo.

A perda gestacional tem um impacto significativo em muitas mulheres, tendo agravantes a depender do tipo de perda. A exemplo do aborto, que por sua natureza oculta, controvérsias políticas e, às vezes, criminalização, desempenha um papel importante na relação de Estado e sociedade (Grant, 2023). Estimativas atuais indicam 23 milhões de abortos espontâneos todos os anos em todo o mundo, traduzindo-se em 44 perdas de gravidez por minuto (Quenby et al., 2021). A partir do ditado “nenhum filho substitui o outro”, levanta-se a possibilidade de vulnerabilidade no consumo da mulher em espera do primeiro filho vivo, tendo já passado por uma ou mais perda gestacionais.

Outra discussão é sobre como as mulheres tentantes tornam-se suscetíveis a influência do mercado e da sociedade, uma vez que possuem menos controle sobre suas decisões (Baker, Gentry & Rittenburg, 2005), e essa angústia pode estar mais susceptível ainda quando é uma gravidez subsequente a uma perda gestacional (Anin, 2020).

Muitas são aquelas que mudam a alimentação, iniciam um exercício físico ou buscam um novo ginecologista, baseando-se na provável expectativa da gravidez. Somado a isso, têm-se as inseguranças e anseios desse momento entre a perda até a gravidez, em que o mercado,

com sua troca crescente e massiva, pode ser prejudicial para tais mulheres (Lusch, 2017), com influência a tratamentos onerosos, uso de medicamentos por vezes desnecessários e/ou podendo ser um catalizador de emoções e provocador de mudanças, tanto positivas como negativas (Hunt, 2020).

Outro fator é o luto vivido pela mulher, que apresenta manifestações particulares frente à dor do momento vivido, seja uma culpa por se sentir responsável pela perda do bebê, seja por ter seguido adiante com novas gestações (da Silva & Tachibana, 2022). Tanto a tomada de decisão de como enterrar o ente querido (Canning & Szmigin, 2010) até as relações sobre a perda podendo ser uma perda de si mesmo (Belk, 1988) devem ser consideradas para entendimento sobre o que cerne o situacional vivido pela mulher.

Apesar disso, visualiza-se que o trauma e a vulnerabilidade podem atuar como fatores antecedentes à resiliência, levando a prováveis resultados positivos (Baker & Baker, 2016), assim como estratégias como autocompaixão, cuidado e reconstrução relacionais com dois tipos de prática de consumo, a saber, restaurativas e as transformadoras (Caldwell & Henry, 2017).

Por fim, discutir sobre perdas gestacionais pode ainda ser considerado como um tabu, mas percebe-se a influência direta do sistema mercadológico na vida do indivíduo e suas consequências endêmicas. Reforça-se para aqueles que querem uma compreensão mais aprofundada sobre o marketing, deve-se considerar a visão dos consumidores desse sistema, pois são eles os protagonistas nesse cenário. Entender sobre suas individualidades e nuances, em sua ótica, torna-se necessário para uma análise mais abrangente e eficaz desse domínio.

1.1. Problema de pesquisa

São muitos os papéis que uma mulher pode desenvolver durante a sua vida, sendo eles o de filha, neta, esposa, dona de casa, solteira, profissional, estudante, e para algumas que optam, o de mãe. Esse último, que para algumas vem sem o planejamento e acabam aceitando o desafio, se torna a escolha de mais um papel para desempenhar ao longo da vida. Ser mãe, ou tornar-se, vem carregado de anseios e expectativas, e muitos são os planejamentos para aquele ser vivo antes mesmo do nascimento. O consumo neste período antecede até mesmo a confirmação da gravidez, com testes de farmácia e acompanhamentos ginecológicos, porém, o que muitas não estão preparadas, é com uma possível perda gestacional.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020), a idade ideal para a primeira gestação está entre os 20 até os 29 anos. Esse período alargou-se, sendo anteriormente dos 20 aos 25 anos, porém, cada vez mais há o adiamento da maternidade pelas mulheres. De acordo com o mesmo estudo, ter filhos após os 30 já é uma tendência, e surpreendentemente, cresceu o número de partos entre mulheres com mais de 40 anos, tendo de 2 a 5% de representatividade. Através desses dados, notou-se o quanto há de maturação na decisão de ser mãe pela mulher contemporânea e o quanto isso pode refletir na sua vida a longo prazo.

Conforme a pesquisa realizada pela revista médica The Lancet, uma a cada 10 mulheres sofrerá um aborto espontâneo, e de acordo com as estimativas, isso corresponde a 15% do total ou 44 a cada minuto (Quenby et al., 2021). Na mesma pesquisa publicada, informa-se sobre a vulnerabilidade da mulher nessa situação, que pode ser minimizada, que tem a possibilidade de não receber o suporte devido ou até mesmo as informações sobre quais foram as causas do abortamento, apenas considerando-se um reforço a uma nova tentativa de gravidez.

Observa-se que o luto gestacional pela mulher não é considerado nessa situação. O efeito físico e psicológico da perda gestacional é subestimado, não somente nas mulheres como em seus parceiros, que além do estigma e descriminação, enfrentam a falta de políticas públicas, realidade de muitos países, em combate ao aborto espontâneo (Coomarasamy et al., 2021).

Ainda dentro desse contexto, nota-se o surgimento nos últimos anos, em redes sociais, do termo “bebê arco-íris”, que designa aquele que nasce após os genitores já terem passado por uma ou mais perdas gestacionais. Nota-se que não há conhecimento exato sobre a origem dessa denominação, mas pode-se fazer uma analogia à passagem bíblica “Toda vez que o arco-íris estiver nas nuvens, olharei para ele e me lembrarei da aliança eterna entre Deus e todos os seres vivos de todas as espécies que vivem na terra” (Bíblia Sagrada, Gênesis 9:16), em que, após o dilúvio, em sinal de que após da tempestade vem a bonança, surgiu um arco-íris no céu como sinal de aliança de Deus e dos homens.

Outra problemática em voga para o tema abordado, é que discute-se pouco, no campo de Marketing, estudos que abordam a vulnerabilidade do consumo das mulheres no período tentante e a maternidade de um novo ser. Muitas são as literaturas voltadas para essas abordagens no campo de biologia, psicologia, medicina e até mesmo em enfermagem, porém pouco é discutido em volta dos anseios e suscetibilidades da mulher no período em que tenta ser mãe, no campo de consumo em administração. Dessa forma, propõe-se investigar **as**

características de consumo, de serviços de saúde, de mulheres tentantes que já passaram por uma ou mais perdas gestacionais, neonatal ou infantil.

Dito isso, busca-se identificar as vulnerabilidades do consumo de mulheres nos serviços de saúde em busca da gravidez, pormenorizar situações de vulnerabilidade de mulheres tentantes que já passaram por uma perda gestacional e narrar as situações do comprometimento a gestação por essas mulheres. Dessa forma, objetiva-se especificamente nesse estudo **identificar fatores relacionados à vulnerabilidade no consumo de serviços do setor de saúde para consumidoras tentantes, após uma ou mais perdas gestacionais,** com intuito de entender as vulnerabilidades que as mulheres nessa condição podem passar.

Ainda nessa temática, pretende-se **descrever sobre a busca do bebê arco-íris por mulheres tentantes e as influências sobre o consumo delas, ainda que após uma ou mais perdas gestacionais**. Direciona-se tal objetivo a mulheres que tiveram perdas gestacionais anteriores mostrarem mais ansiedade do que as que estão grávidas pela primeira vez (Patel, Sharma & Kumar, 2018).

Observa-se que os pais estão muito suscetíveis à vulnerabilidade de consumo ao persistir na gravidez, e por muitas vezes podem recorrer a meios alternativos para conseguir engravidar, mas desde detectar o motivo pelo qual não engravidam até ter sucesso com o bebê arco-íris, podem ter excessos de estresse, problemas psicológicos, depressão, desesperança, isolamento e ansiedade (Patel, Sharma & Kumar, 2018; Güneri et al., 2019; Swanson & Braverman, 2021).

Guiando-se por esse foco, notou-se ser necessário **relatar as possíveis experiências traumáticas vivenciadas por mulheres tentantes com serviços de saúde após perda gestacional, neonatal ou infantil e as prováveis influências para o luto.** Vê-se que por conta do não nascimento do bebê ou de uma perda neonatal posterior, muitas maternidades são invalidadas. Dessa forma, intenciona-se validar as vivências de maternidade, mesmo que por um curto período, das mulheres que passaram por uma perda gestacional, desde a experiência traumática até o possível luto.

1.2 Justificativa

Percebe-se que múltiplos podem ser os fatores para um indivíduo passar, ou estar, em uma vulnerabilidade de consumo, pois a falta do controle em certas situações centraliza a problemática acerca desse assunto (Baker, Gentry & Rittenburg,, 2005). A vulnerabilidade

pode ser uma situação em que os consumidores estão sujeitos a danos (Hill & Sharma, 2020) ou que seja dinâmico e transitório, não sendo individual ao que o consumidor se considera, mas ao situacional no qual está inserido (Baker & Mason, 2012). Dito isso, entende-se que certas circunstâncias caracterizam esse estado, seja características pessoais (renda, idade, raça), condições externas (estigma, discriminação) e estados individuais (humor, motivação), em que neste também estão incluídas as transições (Baker, Gentry & Rittenburg, 2005) que podemos incorporar o período tentante de uma gravidez.

Nota-se que a vulnerabilidade do consumidor está mais associada ao estar, no sentido desencadeador, do que ser vulnerável, como abordado por Hill e Sharma (2020), ou seja, a condição de vulnerabilidade pode ser detectada e identificada independentemente do indivíduo ser vulnerável, e sim pela situação no qual está inserido, tendo sua definição orientada a quanto menos controle, de interações ou resultados, maior uma capacidade de vulnerabilidade (Pavia & Mason, 2014). Dito isso, percebe-se a importância em se pesquisar sobre a perspectiva da mulher tentante, que já passou por uma perda gestacional, por se tratar de uma vulnerabilidade de estado individual e notar-se um consumo específico a essa situação.

Outro fator de importância para entendimento de suscetibilidades no consumo é o luto que muitas podem a vir apresentar, devido ao recorte de pesquisa que esse estudo pretende fornecer, de mulheres que passaram por uma ou mais perdas gestacionais. Tal delineamento pode demonstrar um sujeito com um provável pesar pelo bebê anterior perdido. Mulheres que estão em processo de luto, e buscam o papel de mãe, podem assumir uma nova narrativa através do consumo para enfrentar uma perda (Turley & O'Donohoe, 2012), e essa pesquisa pretende desempenhar o papel de adentrar-se nessa contingência.

Outro ponto a se discutir nesse estudo é o crescente de perfis em redes sociais (como *Instagram* e *Tik Tok*) de mulheres que passaram por uma perda gestacional, e relatam as suas experiências até engravidarem, do que elas intitulam como bebê arco-íris. Estudos mostram que essa ação de postar sobre suas perdas nas redes sociais pode ser advinda de vários motivos, mas principalmente o de encontrar apoio, pois através de uma comunidade social é possível quebrar o silêncio sobre a perda gestacional (Mercier et. al., 2020) e ter suporte nesse momento complexo, que por muitas vezes, pode ser solitário. Assim, busca-se estudar suas influências para o comportamento de consumo dessas mulheres no contexto contemporâneo.

Categoriza-se através dessa proposta de pesquisa, consistência com os interesses da sociedade (macro), mas com uma problemática voltada ao comportamento do consumidor individual (micro), à luz da organização dos termos de macro/micromarketing trazida por Hunt

(1976). Reforça-se a importância em considerar tais diretrizes para complemento da teoria e evidenciar perspectivas além do *mainstream*.

Pretende-se também entender com maior profundidade as vulnerabilidades da mulher nesse período único que é a tentativa de gravidez do primeiro filho vivo, mesmo após uma experiência traumática que é uma perda gestacional. Expõe-se aqui que a autora desse documento é irmã de uma bebê arco-íris e filha de uma mulher que se dedicou ao máximo para ser mãe, mesmo passando por uma perda gestacional anterior aos 8 meses de gestação. A experiência traumática relatada em vários momentos no ambiente familiar evidenciou como esse tema ainda é de difícil discussão na sociedade, além das dificuldades vivenciadas à época para tratamento e tentativa de uma nova gravidez.

Demonstra-se através desse estudo relevância, por apresentar um problema inerente a sociedade que é pouco exposto no âmbito do consumo e possui uma temática que pode provocar mudanças práticas no ambiente de mercado, além de preencher uma lacuna com novos *insights* empíricos, aplicando conhecimentos atuais. Propõe-se assim agregar à temática de vulnerabilidade do consumidor e trazer luz a um tema ainda considerado parcimonioso em muitas abordagens.

Pretende-se através do proposto agregar ao programa de pós-graduação trazendo um estudo original, por ser uma investigação com um tema pouco explorado, e adicionar valor ao campo de Marketing expandindo o conhecimento existente. Compreende-se as discussões proeminentes do programa de mestrado, e através do presente trabalho, pretende-se agregar ao formalizar discussões acerca de um tema preambular em administração.

Sabe-se das dificuldades do levantamento das literaturas e preenchimento das lacunas de um estudo, porém afirma-se a necessidade de estudar as vertentes e desdobramentos que essa presente pesquisa pode encontrar, por estar em aberto no mundo vigente, além das significâncias que essa observação pode trazer para o campo de vulnerabilidade do consumidor, luto neonatal e mulheres tentantes de um bebê arco-íris.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Nesse tópico pretende-se expor os principais recortes temáticos para fundamentar o problema de pesquisa, para isso, será obedecido uma ordem abdutiva, ou seja, utilizar do conhecimento já existente para explicar os objetivos pretendidos nesse estudo. Dessa forma, inicia-se esse referencial teórico a partir das referências que rodeiam as (1) Vulnerabilidade de consumo em serviços de saúde, logo depois, sobre (2) Mulheres tentantes e o bebê arco-íris, e por fim, (3) Luto e Consumo, em que se considera os obstáculos associados a essa questão.

2.1 Vulnerabilidade de Consumo

A vulnerabilidade aborda a dificuldade do consumidor em saber o que ele mesmo pretende do mercado (Ringolg, 2005). No contexto desse estudo, entende-se que a tentativa de gravidez pode conduzir a mulher a um consumo de produtos e serviços, que até então não era comum a sua realidade, e a possibilidade de lhe faltar conhecimento necessário para que façam escolhas condizentes com suas preferências e necessidades (Carvalho, 2012), como também, para tomadas de decisão, principalmente quando não possui controle sobre a situação a ser vivenciada (Andreasen & Manning, 1990).

Sabe-se que o marketing é uma atividade que verifica a ação de troca do mercado com o indivíduo e vice-versa, e com passar dos anos essa definição sofreu várias alterações específicas, porém, destaca-se que a ação de troca permanece (AMA, 2017). Mediante consequências da influência do mercado sobre as transações, o consumidor pode estar suscetível a vulnerabilidades, e a falta de gerenciamento quanto a essa suscetibilidade é conhecida no marketing como vulnerabilidade do consumidor.

Múltiplos podem ser os campos de estudo dentro dessa temática, dentre elas as sociais, físicas, cognitivas e emocionais (Wolburg, 2005) ou considerando características individuais em contextos médicos, fatores políticos ou legais, recursos econômicos, prescrições sociais, representações da mídia e a presença ou ausência das políticas de mercado (Baker, Gentry & Rittenburg, 2005; The Voice Group, 2010).

Nota-se que um dos tópicos que recorrentemente chama a atenção dos estudiosos de macromarketing é a vulnerabilidade do consumo através da perspectiva dos consumidores. Devido a fatores situacionais ou pessoais, são impossibilitados de tomar ou executar decisões de compra racionais (Navarro, Stanton & Klein, 2020), embora existam estudos que levem a

crer na vulnerabilidade apesar desse fator (Diniz, Pereira & Bellini, 2014; Deus, Campos & Rocha, 2022). Salienta-se a responsabilidade de pesquisas voltadas a essa concepção para o aprofundamento das particularidades dos indivíduos estudados, que a depender do contexto inserido, pode modificar suas atitudes de compra e/ou vulnerabilidades que influenciem a tomada de decisão.

Andreasen (1993) sinalizava sobre os possíveis efeitos negativos aos consumidores, podendo ir além da pressão do mercado, em que o orgulho, confiança e o senso de autoestima também são atingidos, e possivelmente provocando danos irreparáveis ao consumidor. Preocupa-se em destacar esses conceitos para que haja o entendimento sobre a evolução acerca dessa temática, como também, da reestruturação do marketing a respeito desse assunto.

Nota-se que desde a última década do século XX estudos empíricos foram a favor dessa perspectiva, abordando questões que fundamentaram pesquisas no século seguinte. Destaca-se a questão ética de utilizar o conceito de público-alvo para segmentar o atendimento e a vulnerabilidade de públicos que poderiam ser mais vulneráveis que outros tendo implicações gerenciais, de pesquisa e políticas públicas (Smith & Cooper-Martin, 1997) e a pesquisa exploratória de Baker, Stephens e Hill (2001) que averiguou como os consumidores com uma variedade de deficiências visuais lidavam com provedores de serviços e produtos e o grau de dependência e independência desejado e alcançado dos entrevistados.

Observou-se outros estudos empíricos que partiam do domínio micro, para agregar em discussões de macromarketing, como conceituar as vulnerabilidades financeiras do consumidor, suas implicações e intervenções de melhoria (O'connor et al., 2019) ou chamar atenção da influência do marketing no bem-estar do consumidor via consumo sustentável (Pai, Laverie & Hass, 2022).

Cita-se nessa perspectiva também o estudo sobre desenvolver uma estrutura conceitual delineando forças e contra-forças do fenômeno da obesidade infantil (Ertz & LeBouhart, 2023), e a investigação que buscava entender as experiências dos consumidores, com variantes de gênero, e como os sistemas de marketing se engajavam para remodelar essas experiências (McKeage, Crosby & Rittenburg, 2018).

Estudo empíricos como os citados, são voltados a entender a vulnerabilidade do consumidor além das consequências sociais, como também as influências no mercado que estão inseridos. Desenvolver soluções para problemas sociais “perversos” que muitas vezes são vistos por meio de lentes macro, requer uma abordagem que considere múltiplas perspectivas em níveis agregados de interação (Akaka et. al, 2023).

Através da relação paradoxal do marketing e a vulnerabilidade do consumidor, Shultz e Holbrook (2009) sinalizam como o marketing, quando mal utilizado, pode ser catalisador das vulnerabilidades de indivíduos a ponto de duplicá-la, não somente em situações que o indivíduo não tem o conhecimento do que é bom para ele consumir, como também quando ele não tem recursos para adquirir.

Em Hill (2008), aponta-se o consumo como restrição, tendo impacto sobre todos os aspectos do processo do comportamento do consumidor, desencadeando reações emocionais negativas por conta da incapacidade de adquirir bens e serviços, sentimentos esses que podem ser investigados em outras vertentes, não somente na condição de pobreza. Dito isso, os sentimentos desencadeadores das tentativas de mulheres em serem mães podem ser uma linha pesquisa condizente a tal pensamento, logo visto que tal momento pode levar a possíveis sentimentos negativos.

Formas de classificação da vulnerabilidade do consumidor são vistas em vários estudos ao longo dos anos, como o de Smith & Cooper-Martin (1997). Os autores reforçam que há diferenciação entre a vulnerabilidade real e a percebida, em que a primeira é quando se é experimentada, e compreende-se apenas ouvindo e observando a experiência do consumidor, e a segunda quando o outro acredita que a pessoa é vulnerável, ela podendo concordar ou não em ser. Dessa forma, interpreta-se que embora a mulher possa não se visualizar como vulnerável em um momento de perda gestacional, a depender da forma como ocorreu, ela pode ter alguma vulnerabilidade de consumo, mesmo não aceitando ser.

Commuri e Ekici (2008), sugerem que a vulnerabilidade do consumidor é a soma de dois componentes. O sistêmico, que provavelmente pode ser desencadeado por características permanentes do consumidor (natureza demográfica ou sociocultural), e o transitório, que se concentra no episódio específico de consumo. Em uma visualização de macromercado, os autores consideram dois cenários: o que inclui a vulnerabilidade sistêmica, mas que provavelmente muitos consumidores não vão experimentar a vulnerabilidade transitória, e o segundo cenário, que não inclui a situação sistêmica, mas que muitos consumidores que estão em situação de vulnerabilidade demográfica ou sociocultural, podem a experimentar uma vulnerabilidade transitória.

Em uma situação de perda gestacional, verifica-se que a característica de imprevisibilidade não seleciona a quem vai atingir por natureza demográfica ou sociocultural. Dito isso, nota-se que o fator sistêmico não é causador da vulnerabilidade, mas que pode ser um agravador, caso seja considerado o momento transitório. Dessa forma, tal situacional é mais condizente com o segundo cenário citado pelo estudo.

Indica-se outro em concordância com essa perspectiva, o de Hill e Sharma (2020). No estudo, difere-se o sujeito da pesquisa em os experimentadores e os observadores. Refere-se o primeiro, indivíduos que vivenciam ou se identificam com aquela vulnerabilidade, e o segundo, que a partir de terceiros, podem detectar e identificar a vulnerabilidade, independentemente do sujeito que a vivencia. Dito isso, uma mulher tentante pode estar suscetível a uma vulnerabilidade, mesmo que ela não se reconheça nessa situação.

No estudo de Pavia e Mason (2014), destaca-se o conceito sobre as vulnerabilidades secundárias, que em certas situações, a vulnerabilidade do indivíduo pode ser estendida para as pessoas que o circundam, diferindo-se da vulnerabilidade inicial, mesmo estando diretamente relacionada a ela.

No mesmo estudo, as autoras elencam três tópicos relacionados à vulnerabilidade secundária, que podem ser associados a alguma deficiência física, cognitiva ou comportamental. Em complemento a essa citação destaca-se o estudo empírico de Small, Mehmet e Kleinschafer (2020), que relatam a experiência dos cuidadores e pessoas com deficiência física e discutem sobre como a implementação de reformas de políticas sociais podem influenciar na vulnerabilidade desses indivíduos.

Sabe-se que a capacidade de vulnerabilidade é fluida, situacional e experimentada em algum momento por todos (Shultz & Holbrook, 2009). E o mercado à medida que se torna mais complexo colabora para que as pessoas sejam mais prejudicadas e potencialmente vulneráveis (Wang & Tian, 2014). Dessa forma, entende-se que a validação de teorias acerca dessa temática se faz necessária para expansão da literatura e condução de mudanças efetivas no ambiente mercadológico.

Consumidores vulneráveis tornaram-se uma questão chave da pesquisa do macromarketing (Cerovečki & Grunhagen, 2015). Investigações como o de Echeverri e Salomonson (2019) colaboram com essa perspectiva. Na pesquisa desenvolvida sobre os serviços prestados a pessoas com deficiência, os autores identificaram três riscos de vulnerabilidade que esse consumidor pode passar, desconforto físico, mercantilização e desorientação. Além dos riscos, os pesquisadores discutem as estratégias de enfrentamento que o consumidor vulnerável pode dispor para lidar com esses problemas, sendo proativas/reativas ou explícitas/implícitas.

As estratégias proativas evitam um incidente potencialmente negativo, enquanto a reativa atenua, em que ambos se fundamentam no conhecimento processual dos consumidores, passíveis de prever ou reagir (Echeverri & Salomonson, 2019). No momento em que o consumidor articula suas necessidades para o serviço, ele pode externar de forma clara e verbal

(explícitas) ou de forma não verbal e não tão direto (implícito), a fim de conduzir os procedimentos para elucidação do seu caso. Os estudiosos indicam que os consumidores podem mesclar as estratégias para resolutiva dos seus casos.

Com o intuito de avançar nas discussões sobre a vulnerabilidade do consumidor, Hill e Sharma (2020) sugerem a existência de mecanismos de enfrentamento defensivo da vulnerabilidade percebida de consumo por parte dos consumidores, podendo ser de três formas, transcendendo, rebelando-se ou criando novas estruturas.

Na perspectiva dos autores, difere-se desistir e ceder. Na verdade, sinaliza que em vez de se contentarem com as restrições que lhe são ofertadas pelas suas vulnerabilidades, os consumidores as rejeitam e as superam, exercendo o controle diariamente. A estratégia de rebelar-se engloba danificar, perturbar ou destruir a maior parte de membros ricos em recursos e sobre o controle do ambiente social de alguém (Hill & Sharma, 2020). Nota-se que nessa ação, embora questionável, os consumidores conseguem acessar campos de consumo que outrora eram inacessíveis, mesmo que por um pequeno espaço de tempo.

Concentra-se na busca de novos recursos para enfrentamento dessa vulnerabilidade, em que o indivíduo busca uma ou mais combinações de canais de consumo para que possa ter mais possibilidades de controle sobre sua situação. Tal mecanismo pode passar despercebido por observadores por justamente visualizarem de forma externa. Os autores consideram que as oportunidades de consumo de indivíduos vulneráveis podem variar na proporção que a combinação de um ou mais recursos de enfrentamento da vulnerabilidade, oscilando ao longo do tempo.

Nota-se o mesmo na investigação de Stewart e Yap (2020), sobre consumidores analfabetos e suas implicações na utilização de mercados, que mesmo diante das dificuldades por conta da sua situação, há um subgrupo denominado “analfabetos confiantes”. São aqueles que encontraram estratégias para diminuir o estigma acerca da sua condição e driblar constrangimentos em *marketplaces.* Pontua-se inclusive que um dos achados dos autores foi que, ao contrário das suposições, o baixo nível de alfabetização não é determinante para que uma vulnerabilidade de mercado ocorra, pois são as formas de enfrentamento que podem contribuir com a liberdade de ação do consumidor.

No contexto deste estudo, uma mulher tentante, após uma ou mais perdas gestacionais, neonatal ou infantil, encontra-se em um momento de vulnerabilidade. O estado de sequenciadas tentativas pode ser desencadeador de inseguranças e sentimentos negativos, em que a mulher possui nenhum ou pouco controle sobre a situação na qual está inserida. Inclusive a perda anterior pode ser catalisadora dessa situação. Diante do exposto, frisa-se que estudos que se

preocupem com o a ótica do consumidor, mas que podem anexar a teoria aos seus comportamentos de consumo é significante importância.

2.1.1 Vulnerabilidade de consumo em serviços de saúde

Como definido por Andreasen e Manning (1990), consumidores vulneráveis são aqueles que estão em desvantagem nas relações de troca, e que se atribui a eles características que em grande parte não são controláveis no momento da transação. A partir disso, interpreta-se que a vulnerabilidade do consumidor pode não se referir somente a algo manobrável, passível de influência direta, mas a algo inesperável. Vê-se como exemplo a situação da perda gestacional, em que a mulher não tem nenhum controle sobre quais motivos a levaram nessa situação. A partir disso, as influências que tal momento pode ter, direta ou indiretamente, na tomada de decisão são imprevisíveis.

Colocado tal situacional, considera-se mulheres tentantes aquelas que estão tentando engravidar (Dramali, 2022). Que após um ano ou mais de relacionamento sexual regular e desprotegido são incapazes de engravidar naturalmente, e recorrem a outros meios para fecundação (Ribeiro, 2022). Observa-se que tal termo surgiu nas redes sociais inicialmente para compartilhar métodos conceptivos e meios para concepção de gravidez, mas com o tempo, também é direcionado para mulheres que buscam seu bebê arco-íris.

Mulheres tentantes passam por muitas fases até conseguirem serem mães, e durante esses períodos, podem passar por uma ou mais perdas gestacionais. Por esse motivo, precisam de apoio não apenas durante a perda em si, como também no período tentante para gravidez subsequente. Dúvidas médicas são recorrentes nessa fase e o apoio dos hospitais nesse período em questão são limitados ou inexistentes (Ockhuijsen et al., 2014, Patel, Sharma & Kumar, 2018, Gough, 2020, Keep, 2021).

Serviços de apoio para mulheres que passaram por uma perda gestacional também são deficitários. Geralmente não se encontra nos hospitais, e quando existem, não são claramente sinalizados, são irregulares e/ou não são inclusivos para os parceiros (Boynton, 2015, Kresnye et al., 2020, Keep, 2021). Compreende-se assim, a existência de vulnerabilidades assistenciais para mulheres que se encontram no período tentante até a maternidade. Um período de expectativas e receios, que pode ser mais prejudicado devido o auxiliário de hospitais incompletos.

Constatações sobre clínicas de fertilidade não atenderem como deveriam seus pacientes, com atendimento psicológico, preparo emocional da equipe médica e apoio de enfermeiros também são relatados (Dancet et al., 2011, Mercier et al., 2020). Observa-se assim que a prestação de serviço a esse público pode ser falho, possibilitando uma intensificação das vulnerabilidades das consumidoras e seus parceiros. Por não proporcionarem o atendimento e esclarecimento de dúvidas necessários, acabam dificultando o acesso a informações, prologando um processo e aumentando custos que poderiam ser evitados.

Na investigação empírica de Lupton (2016), a autora já sinalizava que o reconhecimento das necessidades dessas mulheres e a importância de encontrar maneiras para o atendimento delas, deveriam ser incluídos no planejamento da prestação de cuidados dos profissionais de saúde. Ao grande público, verifica-se pouca preocupação voltada ao situacional de mulheres tentantes, principalmente aquelas que já passaram por uma perda gestacional. Quando ocorre alguma prática, acredita-se ser algo específico e nichado, sem muitas preocupações a longo prazo. Verifica-se que o termo bebê arco-íris pode ter ganho mais notoriedade para esse grupo justamente por validar mais ainda a circunstância vivida por elas.

Na pesquisa também empírica de Marie et al., (2016), verifica-se que poucas mulheres recebem orientação de um profissional de saúde sobre o que pode ou não pode durante o período gravídico. Nas descobertas da pesquisa, mulheres estão mais vulneráveis a prováveis desregulações endócrinas por conta do uso de cosméticos e poucas são aquelas que interrompem o uso de produtos durante o período para gestação. Se tratando do período gravídico em si, tais interrupções são inexistentes, com exceção de produtos como esmalte e removedor de esmalte. Interpreta-se assim, que não seja a falta de conhecimento que impede o atendimento especializado a essas mulheres, mas sim, a falta de empenho em fornecer a informação necessário para elas.

Outras vulnerabilidades podem ser levantadas, em consequência das tentativas sequenciadas e frustradas em ter um filho. Dados sugerem que após 5 anos de ciclos falhos, pacientes sem filhos tem uma maior probabilidade de se envolverem com abuso e dependência de substâncias, do que aqueles que se tornaram pais por adoção ou concepção espontânea (Johansson et al., 2010, Patel, Sharma & Kumar, 2018). Tal informação colabora para interpretações sobre outros tipos de suscetibilidades que a mulher tentante está exposta, assim como o seu parceiro.

A vulnerabilidade do consumidor pode ser aplicada a muitos indivíduos, e, a depender da situação, pode agravar-se de acordo com as relações de trocas envolvidas. Dito isso, mulheres tentantes são passíveis de pouca, ou nenhuma, orientação específica após perda gestacional, escassa preocupação no ato de serviços em hospitais e clínicas de fertilização, e apoio psicológico limitado tanto para ela, como para o parceiro. Assim, sugere-se a importância de saber sobre a realidade de mulheres tentantes brasileiras e quais dificuldades elas passam para prosseguir no sonho do seu bebê arco-íris.

2.2 Mulheres Tentantes

O nascimento do primeiro filho é um evento importante na vida, que possivelmente influencia a personalidade da mulher (Wiklund et al., 2009). Um período de oscilações, que para o mercado, proporciona uma maior probabilidade em tomada de decisões para investimentos (Silverstein & Sayre, 2009). Dito isso, mulheres tentantes podem se encontrar em um momento vulnerável de consumo e serem suscetíveis a influências de mercado ou sociedade por não terem controle do momento em que estão passando (Baker, Gentry & Rittenburg, 2005), ainda mais quando já passaram por alguma perda gestacional (Patterson, Hill, and Maloy 1995).

A maternidade envolve a navegação por diferentes discursos, sejam eles midiáticos, médicos, sociais e/ou políticos (The Voice Group, 2010), sendo estruturadas por uma tensão entre a resistência e a vulnerabilidade do consumidor, que muitas vezes possui dificuldade de discernimento (The Voice Group, 2012, Anin, 2020). Dito isso, muitas são as formas que mulheres tentantes se adaptam para serem mães, que são desde comprar roupas para o futuro bebê (Ogle, Tyner & Schofield-Tomschin, 2013), modificar a alimentação para o bem-estar da criança (Sevin & Ladwein, 2008) ou preparar o quarto do recém-nascido. Tais ações ajudam a fomentar o consumo da mulher e sua identidade de tentante, além de corroborar para uma afirmação societária de querer ser mãe (Min & Peñaloza, 2019).

Mas ao se tratar da relação de gravidez subsequente a uma perda gestacional, tal tensão pode ser mais suscetível a influências mercadológicas (Anin, 2020). A gravidez posterior a uma perda gestacional está associada a níveis mais altos de estresse percebido, depressão, e alteração de comportamento por conta de limitação/repouso à nova gravidez (McCarthy et al., 2015). É um período de espera traumático, de grandes incertezas e turbulências emocionais e

que podem emergir confusão de emoções, preparação para o pior, estabelecimento de marcos pessoais, hipervigilância, isolamento social, adoção de abordagem pragmáticas e necessidade de afirmação profissional (Bailey et al., 2019). Estudos que abranjam as perspectivas acerca das incertezas que circundam as mulheres tentantes nesse período se tornam fundamentais para entender as suas vulnerabilidades e práticas de consumo.

Instituições ao redor do mundo são criadas para dar suporte e assistência às mulheres que estão nesse momento de vulnerabilidade, dando apoio as famílias, ofertando suporte emocional e prático, de acordo com a necessidade (Harris, 2019). Entender além das influências de mercado, mas como também os contextos médicos, fatores políticos, legais, econômicos, prescrições sociais, representações da mídia e a presença (ou ausência) de políticas voltadas para esse campo (Baker, Gentry & Rittenburg, 2005) se faz necessário para compreensão das vulnerabilidades da consumidora tentante e da construção social de ideologias acerca da maternidade (The Voice Group, 2010).

Tornar-se mãe é um momento de conflito de papéis devido as diversas responsabilidades que a função exige, e o marketing cria e usa crenças idealizadas em cima da maternidade que podem ser catalisadores desse momento (Wiklund et al., 2009; The Voice Group, 2010). Sintomas de ansiedade e depressão são associações confirmadas tanto na adaptação à gravidez quanto a transição de ser mãe, e possuem relação com as expectativas negativas geradas da maternidade e da mulher em si (Hart & McMahon, 2006). Dessa forma, mulheres tentantes que se inserem nesse contexto podem depender de uma cobrança demasiada, interna e externamente, pelas expectativas geradas em torno desse período de espera até o seu filho saudável ser gerado e nascer.

Em se tratando de mulheres que estão à espera do primeiro filho após um óbito neonatal, elas tendem a permanecer em um luto mais intenso do que aquelas que sofreram um aborto espontâneo ou natimorto (Hutti et al., 2013), ou seja, a depender da forma que a perda gestacional ocorreu, há diferenciação na forma que a mulher tentante pode lidar com a dor. Entender o situacional que uma mulher pode vivenciar a partir do momento da perda de uma gravidez, passando por um luto e até a tentativa de um novo filho, são essenciais para delimitar suas vulnerabilidades e suas necessidades de consumo.

Outro fator são os parceiros que assumem o papel de protetor e apoiador da parceira, que acabam por negligenciar suas próprias necessidades psicológicas (Harty et al., 2022). São eles que muitas vezes são os responsáveis por noticiar a perda gestacional para os familiares e

ao mesmo tempo dar suporte a mulher (Boynton, 2015). Vivenciar a perda gestacional como algo compartilhado pode criar importantes oportunidades para um enfrentamento diádico saudável e processos interacionais (Hiefner, 2020), como visto nos últimos anos em redes sociais de vários perfis no *Instagram* ou *Tik Tok* voltados para essa temática. Assim, torna-se essencial atendimento especializado, ou serviços de apoio a esse grupo de indivíduos.

Salienta-se também que uma perda gestacional afeta não somente as mulheres individualmente e suas famílias, como também as organizações para as quais trabalham, devido à perda potencial de tempo trabalhado, de produtividade e isolamento de colegas de trabalho (Porschitz & Siler, 2017). Mulheres que se deparam com a ambivalência ou hostilidade no local de trabalho por conta da gravidez, podem perder a identidade proeminente de profissional e passar a sentir que ser apenas mãe é uma opção mais atraente (Fursman, 2002). Dessa forma, é essencial que o ambiente de trabalho seja um local de aparato não somente para gravidez, mas como de acolhimento após uma perda gestacional (Porschitz & Siler, 2017) e que passe ser um diminuidor na vulnerabilidade da mulher em vez de um catalisador.

2.2.1 Bebê Arco-íris e as Redes Sociais Digitais

Nos últimos tempos, a utilização do termo bebê arco-íris tem ganhado força nas redes sociais para se referir o nascimento daquele bebê saudável após uma perda gestacional, podendo ser aborto espontâneo, natimorto, óbito neonatal ou morte infantil (Figueira, 2021). Existe através da termologia “arco-íris” a analogia ao fenômeno meteorológico que aparece após uma tempestade, simbolizando uma esperança ao momento gravídico da mulher.

Embora exista pesquisas que denominam esse termo para bebês que nasceram em uma família arco-íris, ou seja, em que pais são do movimento LGBTQIAPN+ (Tao, 2023), a comunidade científica desde 1980 pesquisa sobre a relação sobre a perda gestacional/neonatal e a condição emocional materna na gravidez subsequente (Vidal, 2010). Esse termo bebê arco-íris, mesmo não tendo a confirmação da sua origem, tem sido bastante disseminado em redes sociais em referência a esse momento (da Silva & Tachibana, 2022).

O desconhecimento sobre os motivos que levaram à perda involuntária na gravidez anterior, é o que fundamenta a vulnerabilidade de consumo dessas mulheres tentantes que estão em busca do bebê arco-íris. Alguns sentimentos são relatados nessa conjuntura, dentre eles, desamparo, impotência e falta de domínio sobre a manutenção da gravidez, tendo a adoção de

uma ou múltiplas estratégias para lidar com tais sentimentos involuntários e o enfrentamento da situação (Ockhuijsen et al., 2014).

A gravidez de um bebê arco-íris é um momento complexo que colabora para transformação de identidade da mulher, mesmo após um evento traumático, e coexiste com a espera da maternidade, que possui seus desafios e pode potencializar sentimentos de ansiedade e dúvida. Através das redes sociais, percebe-se que tais mulheres podem encontrar um ambiente de acolhimento e desabafo, sendo provocadoras de ressignificação (Belk, 2014), e em sugestão, de refúgio.

O estudo desenvolvido por Mercier et al., (2020) vai ao encontro com essa afirmação, além de lançar luz sobre a perspectiva do uso das plataformas de interação social, essenciais para buscar apoio e amparo. À medida que as mulheres tentantes buscam suporte para sua vivência, elas, por meio das suas dores, expressam o desejo de ajudar e apoiar outras através das suas próprias experiências. Relata-se também nesse estudo que as redes sociais podem apresentar riscos de vulnerabilidade emocional e social para os seus usuários por expor em comentários negativos para aqueles que a utilizam, mesmo que seja uma ferramenta útil para lidar com o luto relacionado a perda gestacional.

No artigo reflexivo de Gough (2020), a autora e médica traz o seu relato de aborto espontâneo e sua gravidez arco-íris, e exprime sobre o estigma da perda de um bebê tendo sentimento de tristeza, arrependimento e vergonha. A culpa é um sentimento persistente nas mulheres que se encontram nessa situação, seja pela perda do bebê em si, por ter seguido em frente com outra gestação, por ter sofrido pouco ou que seu corpo não deveria ter se recuperado tão rápido após a perda gestacional (Gough, 2020, da Silva & Tachibana, 2022).

No estudo autoetnográfico de Porschitz e Siler (2017), as autoras também relatam suas respectivas experiências sobre gravidez, aborto espontâneo e o trabalho, e afirmam que embora expor suas dores e próprias histórias é algo desafiador, descobriram que o ato de compartilhar com outros foi algo revigorante.

O estudo realizado por Lupton (2016) por meio de grupos focais, já sinalizava a utilização de mídias digitais para extração de informações sobre gravidez e maternidade precoce. Entre os achados, a autora aponta que mulheres tentantes valorizam muito as informações e o apoio que recebem, e compartilham usando fontes e aplicativos online, principalmente mulheres grávidas e aquelas com filhos pequenos.

Embora os benefícios desses ambientes digitais sejam de grande importância para mulheres que passaram por uma perda gestacional, ele pode servir como um ambiente de discursos mercadológicos e práticas predatórias, logo porque o público de mulheres tentantes se sente bastante vulnerável a tais procedimentos (Anin, 2020).

Grande parte das experiências da gravidez podem ser mediadas por meio do uso de tecnologias digitais, com blogs, fóruns, grupos de autoajuda de mães e futuras mães (Anin, 2020). A utilização das redes sociais, a exemplo do Twitter, acrescenta sobre a perspectiva do compartilhamento de dores individuais, alívio para aqueles que passam por um momento crítico, como também, uma ferramenta informativa e eficaz para classe médica ao fornecer insights sobre perguntas mais eficazes para abordar o tema, promovendo uma corrente de comunicação e confiança entre médico-paciente (Cesare et al., 2019).

Assim, mesmo que convenções sociais encorajem a não revelação da gravidez precoce, e por consequência, o silêncio sobre a perda, o que fomenta um isolamento para muitas mulheres que sofrem com a perda gestacional (Mercier et al., 2020), ambientes digitais são percebidos como formas para as futuras mães negociarem suas experiências corporais, fugir de discursos normativos sobre gravidez e instruir consumidoras a terem cuidado consigo mesmas (Anin, 2020).

Embora o marketing exacerbe as ideologias dominantes acerca do maternar e tenda a alinhá-las por meio do mercado, assim como cria escolhas retóricas em vez de reais para as mães, potencializando vulnerabilidades em vez de aliviar (The voice group, 2010), a busca do bebê arco-íris pelas mulheres tentantes se mostra através das redes sociais digitais um ambiente aberto, acolhedor e propício para ajuda, além de receptivo para ações de mercado que se preocupem com a vulnerabilidade delas

2.3 Luto e Consumo

Entende-se que o processo de luto pode ser uma das sensações mais dolorosas para o indivíduo. Considera-se esse momento um estado de vulnerabilidade de consumo, não uma condição, por entender-se que em situações como essa, o ser precisa adaptar-se a nova fase de transição (Gentry et al., 1995; Carvalho, 2012). O luto é um conflito de ambiguidades que abrange a presença e a ausência, a negação e o reconhecimento, e que varia consideravelmente em duração, estágios e formas de enfrentamento individuais (Fuchs, 2018).

Gentry et al., (1995) constataram o quanto perturbador e influenciador pode ser o processo de luto e afetando negativamente a forma de consumo de uma família. Desde a mudança na configuração de ordens dentro da residência até a santificação dos bens do ente querido, com criação de santuários dentro da própria casa em homenagem ao falecido ou a guarda de objetos que sejam referentes ao indivíduo que faleceu.

Observa-se que a base desse estudo empírico foram as reflexões trazidas acerca do eu estendido de Belk (1988). Foram abordadas as atitudes que o ser humano pode ter, através do consumo, ao perder um ente querido. Aponta-se nessa pesquisa que, por entender que outras pessoas podem ser vistas como posses, o luto perante falecidos também pode ser interpretado como um luto pela perda de si mesmo. Ainda que o sentimento se diferencie de um indivíduo ao outro, o estudo sinaliza que caso a outra pessoa faça parte do seu eu-estendido, uma sensação de auto perda pode ocorrer, e que a manutenção ou uso de objetos do morto, seja joias, roupas, carros entre outros, servem como resgate e preservação da memória desse ente perdido.

Tal apego a objetos materiais que indivíduos podem ter, vem da tentativa de resgate aos sentimentos de aconchego, de tristeza e saudade, assim como a sensação de familiaridade e estabilidade que os falecidos deixam aos vivos (Belk 1990; Love & Sheldon, 1998). Na análise de Turley e O'Donohoe (2012) eles sugerem que os bens e as experiências de consumo podem ser poderosas ferramentas nesse processo de reflexão por aqueles que precisam de uma narrativa na forma de lidar com a morte e a perda, ou seja, o luto em si. Considera-se tal ação uma ferramenta de como lidar com esse momento de pesar, como formulado por Kübler-Ross (1973), que elenca cinco mecanismos para passar pelo momento de luto, sendo a refutação, o desespero, a abstenção/compensação, a transgressão e a aceitação. Interpreta-se assim que o ato de guardar objetos possa ser uma forma de aceitação a esse período de tristeza.

No ensaio de Layne (2000) há uma exploração sobre os bens adquiridos ou fabricados para a futura criança durante uma gravidez após perda gestacional. São examinados bens dados durante a gravidez ou adquiridos em memória do bebê após a sua morte, com intuito de homenagem dentro da família. Através da análise desses objetos e relatos em grupos de apoio à perda da gravidez nos Estados Unidos, foi possível perceber que as coisas do bebê ajudam os pais a normalizarem a perda gestacional e materializar a experiência de paternar/maternar. A posse de itens do bebê serve como prova da "existência" da criança e tais artefatos materiais desempenham papel fundamental na construção da possível personalidade fetal e neonatal do ser perdido.

Com o intuito de se referir à perda involuntária da gravidez (LIP), as autoras Van e Meleis (2003) também utilizam dessa temática, mas concentrando-se nas estratégias utilizadas

por mulheres para lidar com o luto após uma LIP. Identificou-se que quatro podem ser as áreas de estratégias utilizadas por tais mulheres: as reações pessoais, as reações das outras pessoas, as lembranças do bebê e as gestações subsequentes.

Nessa última, destaca-se que essas mulheres precisam de um reconhecimento especial acerca do momento que estão passando, em que ter a validação das etapas vividas, desde ouvir os batimentos cardíacos do bebê ou ver o crescimento fetal normal em ultrassom, se tornam essenciais. Os rituais em volta do momento também são citados como forma de lidar com a situação, e seguir em frente, como fazer um memorial ao bebê ou uma reunião com familiares para reconhecimento do luto.

Diante do exposto, o processo de consumo pós luto pode ser influenciado por mecanismos de enfrentamento à perda e sofrer alteração mediante o grau de sofrimento do indivíduo (Belk, 1988). Assim como de influenciar diretamente na tomada de decisão do consumidor pós-morte. Passividade, vulnerabilidade e abuso, são algumas das consequências que os consumidores estão suscetíveis por tomada de decisões rápidas e/ou precipitadas (Gabel et al., 1996). Percebe-se assim que o situacional do luto pode colaborar para diminuição, ou até anulação, de alternativas de escolha para o consumidor, e ao se tratar de mulheres tentantes, que o grau de suscetibilidade pode ser maior pela sua experiência de gravidez perdida.

Nota-se que os sentimentos acerca dos enlutados também são abordagens em outros estudos, como o de Bonsu e Belk (2003). Nessa publicação é relatado que as emoções negativas como raiva, medo, culpa, vergonha e inadequação, podem ser amenizadas pelo consumo, em que esse esforço consciente, dê sentido a experiência pós-morte que eles passam. A percepção dos outros sobre os indivíduos enlutados também pode ser relacionado ao possível sofrimento, com um gerenciamento de impressões e estratégias de autopreservação.

Em outro estudo de Bonsu (2007), ele verifica isso através da perspectiva daqueles que prestam serviços a esses consumidores enlutados e como lidam com a oscilação de sentimentos que eles passam. Dessa forma, observa-se as várias vertentes que pessoas enlutadas têm que conciliar, e como o consumo pode servir de escape para a realidade em que está inserido.

Percebe-se que ação de organizar as relações e percepções acerca do falecido é um dos ângulos que o consumidor pode vivenciar no momento do luto. O próprio ato de coordenar o momento fúnebre, ou como conhecido em algumas culturas, o In memoriam, auxiliam nessa ação (Bonsu & Belk, 2003; O'Donohoe & Turley, 2005; Bonsu, 2007). Percebe-se que a prestação de serviço para as pessoas enlutadas também é um assunto recorrente na temática dos estudos acerca de luto, trauma e consumo, como no caso do estudo de Turley e Donohoe (2017).

O estudo buscou saber como funciona a prestação serviços através da perspectiva dos enlutados. Dentre as descobertas, apontaram que para considerar um serviço bem prestado, eles utilizavam o termo “boa morte”. Tal termo ganhou a conotação de que os interesses do falecido tinham sido levados em conta na prestação de serviço. A improvisação e flexibilização para o serviço prestado também moldou o bem-estar dos consumidores.

A forma em que os indivíduos lidam com o modo de enterrar seus entes queridos configura uma forma de consumo por considerar as opções de descarte, como também oferece a oportunidade de escolha, podendo ser de natureza pessoal ou ambiental (Canning & Szmigin, 2010). Os consumidores geralmente são obrigados a administrar assuntos de outra pessoa no momento que estão menos capazes de lidar com responsabilidades adicionais, e reconhecer a vulnerabilidade nesse momento de luto se faz necessário (Quiliam, 2008), mesmo que cada vez mais os enlutados queiram se envolver no enterro por entenderem que dessa forma respeitarão a vontade do falecido (Canning & Szmigin, 2010).

Dessa forma, verifica-se que a tipicidade da vulnerabilidade no luto geralmente é abordada como algo negativo, mas há mais complexidade nessa perspectiva, como o caso de mulheres tentantes, que podem visualizar através do ato de enterrar o bebê falecido a validação de uma maternidade perdida.

Neimeyer, Klass e Dennis (2014) argumentam que o luto, tanto o público quanto o privado, são atividades interpretativas e contínuas do indivíduo, em que os significados são processos interativos de construção, e devem ser de interesse cultural. Apontam ainda que a sociedade policia o luto, controlando a forma como o indivíduo deve pensar, sentir ou se comportar, e que encontrar algum significado na morte ou manter um vínculo continuo com o falecido, são alguns dos esforços que o luto é capaz de exercer. Isto posto, visualiza-se quão doloroso o luto pode ser para uma mulher tentante que, por muitas vezes, pode não vivenciar o luto de forma devida, por priorizar a futura maternidade em meio a julgamentos e cobranças, tanto interno quanto externamente.

No estudo desenvolvido por Guillard (2017), o autor aponta que pode haver uma gestão de bens, do ente que faleceu, e delimita essa gestão em quatro períodos sendo a dormência, o anseio, a desorganização pessoal e a reorganização/reconstrução. Mostra-se assim que o processo pode evoluir de acordo com a vivência das fases do luto e que a forma de consumo pode se modificar nesse período, no caso estudado por exemplo, os indivíduos ao desocuparem a casa dos pais falecidos tendiam a consumir menos ou de forma diferenciada.

O lut não se restringe apenas à perda de um ente querido, mas o envolvimento ao lidar com a perda de algo (Guillard, 2017). Dessa forma, indica-se a importância de entender as vulnerabilidades da mulher tentante em busca do bebê arco-íris, por entender que a perda gestacional se compara a perda de um ente querido, e que correlação positiva da utilização de rituais de luto e ressignificação da perda colaboram para uma melhora significativa na mulher nessa situação (Oliveira et al., 2022).

2.3.1 Experiência Traumática

A perda de um bebê por uma mulher tentante provavelmente é uma experiência traumática devido à como e quando pode ocorrer. Pode-se considerar nessa situação à perda por abortamento espontâneo, natimorto, óbito neonatal ou morte infantil. Após a ocorrência, o modo como a mulher lidará com tal situação é individual e intransferível. A experiência traumática provoca alteração na forma como o ser lida com uma situação, e atividades que anteriormente eram feitas de formas corriqueiras, podem se tornar difíceis ou até mesmo impossíveis de se realizar (Hammer et al., 2017).

Experiências traumáticas permitem o ser questionar-se sobre sua identidade, assim como reavaliar suas ações como individuo, podendo alterar a forma como percebe-se e provocar mudanças na sua individualidade (Berman et al., 2020; Truskauskaite-Kuneviciene et al., 2020). Dito isso, verifica-se que a mulher, possivelmente após uma perda gestacional, reavalie suas tentativas e mude sua forma de agir, de portar, ou até mesmo, de consumir, visando efetividade do seu objetivo. Entende-se que a experiência traumática possibilita a mudança das pessoas (Hammer te al., 2007), assim sendo, as transformações podem ocorrer tanto negativamente como positivamente.

Em um estudo empírico de Baker e Baker (2016), verifica-se que o trauma e a vulnerabilidade podem ser predecessores da resiliência, sendo responsáveis pela criação de resultados positivos. Constrói-se através desse estudo a perspectiva de um evento traumático cultural e suas influências na conjuntura individual.

Em outro estudo, o de Caldwell e Henry (2017), o mesmo lado positivo pós-trauma nas práticas de consumo são abordados. Verifica-se através dessa publicação as estratégias de mães divorciadas que objetivam retomar o controle de suas vidas após divórcio. As entrevistadas adotam a autocompaixão, cuidado e (re)construção, como formas de lidar com o trauma. Os

autores associam tais estratégias, com dois tipos de práticas de consumo: as restaurativas e as transformadoras.

As práticas de consumo restaurativas se concentram no resgate do seu antigo eu. São aquelas que optam em consumir livro de autoajuda, terapia, meditação, socialização e moda, e de preferência, sozinhos. As transformadoras, como o próprio nome sugere, buscam consumos extenuantes que transformem em melhores versões de si próprio. Práticas que modifiquem, sejam emocionalmente e financeiramente independentes, como ir para viagens no exterior, uma nova formação profissional ou até mesmo participar de empreendedorismo social.

Práticas de consumo como essas foram verificadas em mulheres divorciadas e com filhos, que buscam se reconectarem com seu eu anterior ou transformarem em uma nova versão de si. Sugere-se se tais práticas de consumo também são possíveis para para mulheres tentantes até conseguirem seu bebê arco-íris, pois elas passam um ou mais anos na busca da maternidade e novas práticas de consumo são possíveis nesse período.

Na pesquisa de Schultz et al., (2016), os autores reforçam que um dos fatores chaves para cura do trauma, é a criação de vínculo com a comunidade em que está inserido. Tal atitude acrescenta nos indivíduos pertencimento e identidade. O ato de expor o trauma vivido também colabora para superação do trauma, colaborando com o senso de domínio, crescimento pessoal e autoaceitação, ao mesmo tempo que diminui os sintomas de depressão, ansiedade e somatização (Hemenover, 2003).

Visto isso, sugere-se que no situacional de uma mulher tentante ao trauma de uma perda gestacional, consequências a longo prazo podem ocorrer, mas a depender de como ela lide com a situação, com exposição do trauma a outras pessoas por exemplo, tal momento possa servir de resiliência para maternidade.

Um dos elementos definidores do trauma, sendo esse pessoal ou coletivo, é a sua natureza transformadora (Ulver & Askanius, 2020). Pesquisas contemporâneas questionam-se por que indivíduos sentem a necessidade de expressar sua conexão com o evento traumático em vez de evitar pensamentos e cenas de trauma (Truc, 2018). Indica-se no estudo de Ulver e Askanius (2020) que o consumo desempenha um papel fundamental e único na reconstrução da resiliência por oferecer a expressão tátil e física da emoção, tornando-se imprescindível para o processamento do trauma. Para Baker e Baker (2016) as narrativas individuais são importantes, pois oferecem compreensão aos espectadores, de forma a entender melhor o trauma vivido por eles.

No estudo desenvolvido por DeBerry-Spence e Trujillo-Torres (2022), os autores verificaram durante a pandemia do COVID-19 que os vivos utilizavam tecnologias digitais

para homenagear os mortos com memórias ante-mortem (antes da morte) e peri-mortem (na hora ou perto da morte). Dentre os achados da pesquisa está que a divulgação online funciona como forma de escape para o desconforto da morte.

Levanta-se a possibilidade de que as redes sociais digitais possam servir como ferramenta para melhoria de condição de sofrimento de mulheres tentantes, pois nesse campo é possível observar como as postagens sobre o trauma vivido valida a sua situação, permite liberdade para expressar dores e serve como predecessor a resiliência.

Aponta-se que tal colocação está em consonância com o estudo de Scussel e Suarez (2022) que sinalizam sobre a possibilidade de uma perspectiva colaborativa sobre o processo do luto. Embora a pesquisa se concentre na perspectiva da perda de experiências extraordinárias, o estudo acrescenta sobre a sua socialização. Quando há a possibilidade do deslocamento do processo do luto individual para uma comunidade mais ampla, os processos coletivos colaboram para reversão da perda e acomodação da dor. À vista disso, percebe-se que quando a comunidade possui um fato em comum, a dor individual pode ser amenizada ou transformada em algo melhor, desde que vivenciada com outros.

Do marketing, com um olhar detalhado e holístico, é possível verificar que trocas entre indivíduos colaboraram para suporte, rotina e improvisação em situações críticas, principalmente se o capital social estiver envolvido (Ozanne e Ozanne, 2021). Nisso, em um processo não-linear, as relações sociais e os recursos materiais contribuem para circulação da comunidade, assim como indivíduos postos dinamicamente nesses espaços (Baker & Baker, 2016). Portanto, em momentos de trauma, mesmo que por influência do mercado, o consumo pode ser coadjuvante na formação de comunidades de indivíduos para modificar, ou aliviar, situacionais trágicos colaborando para mudanças de realidades e sentimentos.

Em síntese, verifica-se que perder um filho pode ter efeitos a longo prazo. Mesmo após 20 anos, pais enlutados relataram pior bem-estar, mais sintomas depressivos e mais problemas de saúde do que os outros pais em comparativo. (Rogers et al., 2008). E o mercado por muitas vezes serve como fonte do trauma, mas fornece os meios para a esperança e a recuperação, tanto literalmente em termos de reconstrução, quanto mais profundamente, em termos de conexão com a comunidade (Ulver & Askanius, 2020).

À vista disso, entende-se que na circunstância que envolve a mulher tentante em busca de um bebê arco-íris, experiências traumáticas serão existentes na sua realidade, mas que comunidades formadas por iguais fornecem base para enfrentamento dessa situação. Assim como o consumo, que funciona como escape para alívio de dores e ressignificação.

3. METODOLOGIA

Nessa pesquisa intenciona-se investigar as características de consumo, em serviços de saúde, de mulheres tentantes que já passaram por uma ou mais perdas gestacionais, neonatal ou infantil. Apresenta-se nesse tópico os métodos utilizados para coleta de dados, assim como os sujeitos de pesquisa e a análise de dados. Tais informações se fazem necessárias para delineamento da investigação e demonstração do raciocínio seguido.

3.1 Delineamento de Pesquisa

A partir da leitura da reportagem intitulada "Quem é a brasileira que ajuda outras brasileiras a abortarem na Argentina" (Rossi, 2023), observou-se como o assunto acerca do aborto é um tema em voga e que a preocupação ao que tange às dificuldades acerca dessa perspectiva ainda é contemporaneamente discutido. Embora tenha-se notado que a linha de informação era sobre mulheres que buscavam o aborto induzido, procedimento ilegal no Brasil, surgiu-se abdutivamente a ideia de um estudo mais aprofundado sobre aborto.

Percebeu-se através de pesquisas como o aborto espontâneo é um evento gatilho vivida por muitas mulheres. A perda de uma gravidez ou de um recém-nascido é um luto pessoal e incompreendido (Eckenrode et al., 2021), que muito se deve à falta de informações acerca dos motivos causadores e a indiferença a dor dessas mulheres. Procurou-se então focar na vivência das mulheres tentantes, que pela busca à maternidade, podem passar não somente pelo aborto espontâneo, como também por outras perdas gestacionais, neonatais ou infantil, até conseguirem serem mães.

O termo bebê arco-íris por ser recente, mostra-se como uma expressão necessária para busca mais detalhas acerca dessa temática. Por ter se popularizado nas redes sociais digitais com o público tentante, intitula-se bebê arco-íris a criança saudável que nasce após uma ou mais perdas gestacionais, neonatais ou infantil. Coincidentemente, outro fator que favoreceu a tomada de decisão acerca do tema é proveniente da realidade vivenciada da autora, que é irmã de uma bebê arco-íris e cresceu com depoimentos ao longo da vida acerca da perda neonatal anterior da mãe, um bebê natimorto aos 8 meses de gestação.

Até a formatação do objetivo geral da pesquisa, que é investigar as características de consumo, em serviços de saúde, de mulheres tentantes que já passaram por uma ou mais perdas gestacionais, neonatais ou infantil, priorizou-se as leituras de teorias descritivas e/ou

prescritivas. Através da primeira sinaliza-se o que é de fato a teoria, com a análise e a descrição dos fenômenos, e a segunda compreende-se pela explicação do fenômeno, de como ocorre, o porquê, o quando e onde, podendo trazer explicações causais para a evolução da investigação.

Ainda nessa perspectiva, considera-se a abordagem epistemológica interpretativista para desenvolvimento dessa investigação. O interpretativismo busca entender a ação humana através da compreensão do sistema de significados ao qual pertence (Schwandt, 2006). Por ser aquela que possibilita uma pesquisa aprofundada e direcionada para as experiências subjetivas dos indivíduos, necessita-se que o pesquisador compreenda o significado que os atores atribuem à ação (Pinto & Santos, 2008). Verifica-se que nessa abordagem há a possibilidade de compreender o contexto que as mulheres tentantes estão inseridas e as influências para suas tomadas de decisões.

Encontra-se assim na pesquisa qualitativa a contemplação para desenvolvimento desse estudo. Através dessa abordagem tem-se o propósito de investigar as práticas e interações dos sujeitos na vida cotidiana (Flick, 2009), além de entrar em contato com as subjetividades envolvidas (Merriam & Tisdel, 2015), necessárias para compreensão da perspectiva dos sujeitos dessa pesquisa.

3.2. Coleta de Dados

O estudo direciona-se para a investigação de uma problemática existente com a descrição dos sujeitos, coleta de informações e interpretação dos fatos. Por se tratar de um pressuposto incipiente, necessitou-se de uma coleta de dados que buscasse as informações interpretativas através dos atores da ação. Tomou-se a decisão para uma triangulação de dados por meio do uso de grupo focal online, entrevistas semiestruturadas e observação não-participante. Através dessa normativa incute-se o rigor necessário para pesquisa, utilizando desses três procedimentos de validação (Creswell, 2007).

Do grupo focal online, norteou-se o acesso a informações compartilhas pelos sujeitos da pesquisa, além de identificar padrões que foram explorados posteriormente com maior profundidade. Optou-se pelo método online, pois ele permitiu a contemplação de participantes de qualquer lugar do Brasil, sendo realizado no melhor horário a todos, sem problemas de deslocamento. Mesmo utilizando de tópicos de entrevista para guiar o momento de pesquisa, permitiu-se através de grupos focais a interação grupal, produzindo gamas de dados devido as

interações, revelando assim pontos de consenso e dissenso entre as participantes (Abreu, Baldanza & Gondim, 2009).

A operacionalização do grupo focal online permitiu a identificação de diferentes perspectivas analíticas, assim como a exploração de fatos articulados, confrontados, alterados, ou até mesmo, censurados através da interação do grupo (Mello & Cruz, 2018). Ele foi operacionalizado pela plataforma online *Whatsapp*. A partir disso, por se tratar de uma vivência não compartilhada com o sujeito da pesquisa, o grupo focal online mostrou-se como uma ferramenta fundamental para entendimento das vivências das mulheres tentantes, assim como, o resgate a respostas compartilhadas e detalhadas sobre suas realidades.

Utilizou-se também entrevistas semiestruturadas para coleta de dados nesse trabalho. Com a intenção de identificar informações de informantes-chave que tenham experiências pessoais, atitudes, percepções e crenças relacionadas ao tópico de interesse (DeJonckheere & Vaughn, 2019), considerou-se a adaptabilidade e a flexibilidade da técnica da entrevista semiestruturada para aplicação das áreas de conhecimento propostas (Guazi, 2021), a fim de sistematizar as vulnerabilidades de consumo sofridas e os sentimentos vividos.

As entrevistas semiestruturadas são geralmente organizadas em torno de um conjunto pré-determinado de questões abertas, com outras que poderão surgir, decorrente do diálogo entre o entrevistador e quem está sendo entrevistado (Resende, 2016). Estas permitem manter um nível objetivo, que ao mesmo tempo contemplam ao entrevistado uma liberdade para fala privilegiando seus pontos de vista e explicações (Fraser & Gondim, 2004). Tais estratégias são fundamentais para entendimento das vivências do sujeito da pesquisa, que podem não ser compartilhadas pelo entrevistador(a).

A adoção das entrevistas semiestruturadas apresentou-se como uma decisão metodológica adequada para a resolução de uma variedade de problemas e perguntas científicas (Guazi, 2021), em que as informações obtidas devem ser cortejadas entre si (Gil, 2008). Em outros termos, precisou-se confrontar as informações dadas com outras respostas para que fosse possível a visualização da existência ou não de padrões, de pontos de aproximação ou distanciamento entre os dados extraídos (Guazi, 2021).

Um estudo com aplicação de entrevistas qualitativas tem o potencial de dar voz às minorias e grupos da sociedade que podem não serem ouvidos em outro lugar (Reeves et al., 2015). Mostra-se um método eficaz de coleta de dados quando o pesquisador deseja dados qualitativos abertos e explorar o sujeito participante da pesquisa (DeJonckheere & Vaughn,

2019). Dessa forma, encontrou-se nesse método de coleta de dados uma ferramenta rigorosa, que requer um processo de trabalho interativo e reflexivo para melhor servir ao seu propósito (McGrath, Palmgren & Liljedahl, 2019). Para maior visualização do protocolo executado, as questões norteadoras desse estudo encontram-se no apêndice.

De forma a integrar fontes de estudo diversificadas e obter a triangulação de dados (Flick, 2009), utilizou-se a observação não-participante. Da observação do contexto social e o comportamento dos indivíduos sem necessariamente alguma interação (Marietto, 2018), fez-se anotações durante o próprio grupo focal online para futura análise de dados, assim como a participação de eventos em redes sociais digitais voltados para o sujeito dessa pesquisa.

Possibilitou-se através da observação não-participante a revelação de informações complementares sobre o fenômeno estudado. Essa metodologia não permite a inserção do pesquisador em um grupo social como membro, apenas possibilitando a sua atuação como expectador ativo, com o registro e averiguação do máximo de informações que interessar ao estudo (Richardson et al. 2012, Campos et al. 2021).

3.3 Sujeitos da Pesquisa

Embora existam pesquisas que verifiquem as vulnerabilidades das pessoas que convivem com outras em situação vulnerável (Pavia & Mason, 2014; Boynton, 2015), salienta-se que o foco desse estudo direcionado para as mulheres tentantes que passaram por uma ou mais perdas gestacionais, neonatais ou infantil. Por considerar o momento de tentativas para gravidez, considerou-se também como sujeito de pesquisa mulheres que já poderiam estar grávidas do bebê arco-íris ou já terem um filho arco-íris, desde que esse tenha até 10 anos de idade.

Mulheres tentantes após algumas sequências de perdas gestacionais, continuam a busca pela gravidez por vias normais, ou fazem tratamento para engravidar (Cesare et al., 2020). Sua vivência possui características de vulnerabilidade, logo pelas sequências de gravidezes perdidas, pelo tempo de tentativas frustradas e pelo consumo objetivado a maternidade. O foco da pesquisa volta-se para a experiência dessas mulheres, que após perdas gestacionais, tentam ter o seu bebê arco-íris, aquele que nasce vivo após a mulher ter sofrido um aborto espontâneo, perda neonatal ou natimorto (Smith et al., 2018).

Por se tratar de uma situação traumática, a memória do momento vivido é algo que pode ser resgatado (Caldwell e Henry, 2017). Dessa forma, feito um recorte de idade, priorizando

mulheres, que foram ou são tentantes, dos 18 até os 48 anos, que tenham tentado durante um período superior a 12 meses e que tenham sofrido uma ou mais perdas gestacionais, neonatais ou infantil. Elas ainda podem estar na fase tentante ou já serem mães do seu bebê arco-íris, desde que eles tenham até 10 anos de idade. Utilizou-se esse recorde de idade, pelo acesso as oportunidade de tratamento que a mulher poderia ter durante esse período, tanto no Sistema Único de Saúde, como particular.

Aponta-se aqui que a tipificação em cima do aborto espontâneo não obrigatoriamente será restrita a esse trauma da perda gestacional. Embora de início considerou-se apenas esse, após conhecimento de estudos acerca do termo "bebê arco-íris" e saber que o mesmo refere-se ao bebê saudável após o nascimento de um bebê natimorto (o feto que morreu no útero da mãe ou durante o trabalho de parto), ou de óbito neonatal (óbito ocorrido em crianças menores de 28 dias) ou morte infantil (morte de crianças maiores de 28 dias e menores que 1 ano de idade), por constituírem os principais componentes da mortalidade infantil no Brasil (Ministério da Saúde, 2009), considera-se para o presente estudo tais circunstancias para aplicação do método.

3.4 Análise de Dados

Para a análise de dados, tanto do grupo focal online, quanto das entrevistas semiestruturadas, utilizou-se da análise de conteúdo seguindo as orientações de Bardin (1977). Tal método possui muitas vantagens metodológicas em relação a outros métodos de pesquisa por ser discreta e relativamente livre de vieses de demanda dos pesquisadores e da memória dos informantes (Gaura & Kumarb, 2018). Tanto as entrevistas, quanto os depoimentos coletados virtualmente, categorizou-se, codificou-se e interpretou-se de acordo com a literatura já apresentada no início desse trabalho.

A análise qualitativa de conteúdo define-se como uma abordagem de análise empírica e metodológica, controlada de textos no seu contexto de comunicação, seguindo regras analíticas de conteúdo e modelos passo a passo, sem quantificação precipitada (Mayring, 2000). Mostra-se como um modelo de comunicação replicável que propõe extrair informações de um objetivo previamente proposto, vista como um conjunto de técnicas que verifica o comportamento humano e pode ser aplicada tanto em pesquisas qualitativas quanto quantitativas (Minayo, 2001).

Assim, utilizou-se da aplicação de categoria dedutiva, ou seja, a análise será derivada da teoria, trazendo conexão com o texto (Mayring, 2000). Em continuidade, três etapas da

análise de conteúdo serão executadas, sendo a pré-análise, exploração do material, e por último, tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2006).

A pré-análise compreende-se como a fase de organização do material a ser analisado, tornando-o operacional, através da execução de quatro etapas, com leitura flutuante (primeiro contato com todo o material para conhecimento do mesmo), escolha dos documentos (seleção dos pontos principais para análise), formulação de preposições e catalogação dos indicies e criação dos indicadores (Bardin, 2006).

A exploração do material delimita-se pela codificação, classificação e categorização. A partir dessa etapa compõe-se pela exploração do material e identificação das unidades de registros. Nessa fase, faz-se necessário clareza do investigador para inferências no material e apropriação dos instrumentos para adequação de códigos (Bardin, 2006). Essa fase é analítica, a qual diz respeito a qualquer material textual coletado, submetido a um estudo aprofundado (Mozzato & Grzybovski, 2011).

Por fim, tem-se o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Resume-se ao detalhamento dos resultados e a condensação das informações provenientes da análise. Essa parte é primordial para o investigador, pois a partir deste são feitas as interpretações, inflexões e reflexões sobre o material codificado. É o momento da intuição que se vale o investigador (Bardin, 2006).

Em complemento à perspectiva aqui proposta, utilizou-se o programa Atlas.ti para condução da análise de conteúdo. Salienta-se que o computador desempenha um triplo papel para condução desses métodos, que são: atuação como assistente (auxiliando e facilitando as etapas de análise), controle de documentação (com o registro de todas as etapas da análise de dados, tornando compreensível e replicável) e oferta de links para análises quantitativas (para comparação de frequências e proteção de transferência de dados), de importância para levantamento e codificação dos dados (Mayring, 2000).

A análise de conteúdo é cada vez mais usada para avaliar o conhecimento existente e compreender as estruturas intelectuais, de forma a oferecer um escopo de aplicação mais amplo e de mais flexibilidade (Gaura & Kumarb, 2018), dessa forma, mostra-se como o método de análise mais coerente vista na perspectiva desse estudo, estando de acordo com as normativas propostas.

3.5 A execução - Grupo Focal Online

Para desenvolvimento dos grupos focais online, prospectou-se na rede social *Instagram*, mulheres que utilizavam “tentante” nos seus respectivos perfis. Aquelas que apareceram como sugestão, foi enviado uma mensagem convidando para o grupo focal online, a ser realizado pelo aplicativo *Whatsapp*. Foram contatadas 30 mulheres, dessas, 6 responderam, mas apenas 3 concordaram com a participação. A prospecção de participantes se iniciou no dia 29 de janeiro de 2024, para que fosse realizado o grupo focal online até 10 dias a partir dali.

Enviou-se para as 3 interessadas 48 horas depois do aceite a participação, um formulário para preenchimento do melhor dia e horário para realização do grupo focal online, assim como a idade, estado que residia e qual aplicativo online era preferível a participação. Entre as opções estavam Zoom, Google Teams e WhatsApp. Todas foram unânimes pela última e a maioria optou pelo dia 08 de fevereiro de 2024, das 19:00hrs as 20:00, uma quinta-feira.

Para estabelecer o número ideal para participação de grupos focais, de 4 a 6 participantes, acrescentou-se uma estratégia para comunicação com as mulheres tentantes. Através das últimas postagens em perfis dedicados para o sujeito da pesquisa, verificou-se os comentários. Aquelas que responderam às postagens, entrou-se em contato com as que possuíam um *emoji* de anjo ou de um arco-íris na biografia do perfil. Observou-se que as mulheres tentantes utilizam dessa simbologia para sinalizar que são mães de anjo. Mais 20 mulheres tentantes foram abordadas, em que apenas 2 dessas concordaram com a participação e preencheram o formulário.

Apesar das 6 respostas para participação do grupo focal online no dia 08 de fevereiro de 2024, apenas 4 efetivamente disponibilizaram os números de contato via aplicativo *WhatsApp* (Quadro 1). Logo após o envio, era informado que no dia iria ocorrer o retorno do contato, para lembrete do grupo focal online, assim como 1 hora antes do horário combinado.

Quadro 1

Perfil das Participantes

Grupo Focal Online A - 08/02/2024		
Formato - *WhatsApp* | Horário - 18:30 às 20:49		
Código	**Idade:**	**Estado**
Participante 1A	25 a 30 anos	Goiás (GO)
Participante 2A	31 a 40 anos	Piauí (PI)
Participante 3A	31 a 40 anos	Paraíba (PB)
Participante 4A	25 a 30 anos	Ceará (CE)
Participante 5A	31 a 40 anos	Distrito Federal (DF)
Participante 6A	18 a 24 anos	Pernambuco (PE)

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Para formação do segundo grupo focal online, houve a comunicação com mais 105 mulheres tentantes, do dia 15 de fevereiro de 2024 ao dia 25 de março de 2024. Nesse período, foi utilizada mais uma estratégia para prospecção de participantes. Verificou-se as seguidoras das participantes que já tinham aceitado participar do grupo focal online anterior, e através do filtro com as palavras-chave "tentante", "anjo" ou "FIV", entrou-se em contato com elas. Após tal estratégia, chegou-se a 4 respostas assertivas em um primeiro momento.

Dessa forma, formou-se mais um grupo no dia 14 de março de 2024, quinta-feira, no mesmo horário, das 19:00 horas às 20:00. Mesmo concedendo a permissão e o número de WhatsApp, duas participantes não retornaram o contato até o horário estipulado, para início do grupo focal online, em que considerou-se a desistência. As outras duas foram comunicadas e aceitaram participar em outra data. Em 48 horas, outras três participantes responderam o formulário, tendo assim uma nova data para o dia 20 de março de 2024, no mesmo horário. As participantes anteriores foram relocadas para essa data (Quadro 2).

Quadro 2

Perfil das Participantes

Grupo Focal Online B - 20/03/2024		
Formato - *WhatsApp* | Horário - 18:30 às 20:48		
Código:	**Idade:**	**Estado:**
Participante 1B	31 a 40 anos	Amazonas (AM)
Participante 2B	25 a 30 anos	São Paulo (SP)
Participante 3B	45 anos ou mais	São Paulo (SP)
Participante 4B	25 a 30 anos	Rio de Janeiro (RJ)
Participante 5B	41 a 45 anos	Maranhão (MA)

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Após a realização desse segundo grupo focal online, outras 4 mulheres tentantes responderam ao questionário durante a semana seguinte, se disponibilizando a também participar. Dessa forma, um último grupo focal online foi formalizado no dia 26 de março de 2024, ocorrendo em uma terça-feira, das 20:00 às 21:00 (Quadro 3). Ao todo, tiveram 15 respondentes aos formulários, mas apenas 11 participantes efetivas nos grupos focais. Os estados das integrantes eram das mais diferentes regiões do Brasil, sendo Amazonas (AM), Ceará (CE), Distrito Federal (DF), Goiás (GO), Maranhão (MA), Paraíba (PB), Pernambuco (PE), Piauí (PI), Rio de Janeiro (RJ), Roraima (RR) e São Paulo (SP)

Sinalizou-se na prospecção de participantes que os grupos focais online poderiam se estender em 30 minutos. Além desse tempo informado, todos os grupos tiveram um prolongamento de 18 a 21 minutos do horário estipulado, e possuíam como moderadora a

psicóloga Letícia Maria Teixeira Matos, formada pela Universidade Estadual do Piauí (UESPI) há cerca de oito anos, com formação teórica na psicanálise, especialista em psicologia da saúde e hospitalar, membro do Corpo Freudiano Sessão Teresina e atuante na área clínica e hospitalar.

Quadro 3

Perfil das Participantes

Grupo Focal Online C - 26/03/2024		
Formato - *WhatsApp* | Horário - 19:30 às 21:41		
Código	**Idade:**	**Estado:**
Participante 1C	31 a 40 anos	Pernambuco (PE)
Participante 2C	31 a 40 anos	Pernambuco (PE)
Participante 3C	25 a 30 anos	Rio de Janeiro (RJ)
Participante 4C	31 a 40 anos	Roraima (RR)

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Em cada sessão do grupo focal online, antes de 30 minutos do horário combinado, era formado o grupo pelo aplicativo *WhatsApp* com o número anteriormente enviado pelas participantes. Era encaminhado juntamente a criação do grupo, um quadro (Quadro 4) com os direcionamentos para as participantes. Entre as informações, constavam algumas regras a serem seguidas, para que não houvesse fuga do tema e que as perguntas fossem respondidas dentro do horário estipulado.

Muitas das participantes tiveram dúvidas sobre como funcionaria a dinâmica do grupo focal online, como também, se poderiam mesmo responder umas às outras. As dúvidas que surgiram foram tiradas em conversas privadas, após o envio das regras. Acredita-se que tenha ocorrido dessa forma, devido a algum provável receio das participantes em falar na frente de outras desconhecidas no grupo focal online. Sugeriu-se que ao término de cada discussão, fosse enviado à mediadora um "*emoticon*" que representasse a expressão das participantes diante das questões propostas.

Em nenhum dos grupos focais online realizados, foi enviado tal ação por parte das participantes. Acredita-se que a falta de reforço para tal regra durante o envio dos questionamentos do Tópico-Guia, tenha provocado isso. Interpreta-se assim, que para grupos focais online posteriores, que seja levado em consideração o tempo de realização, pois após observações em grupo, verificou-se que devido ao tempo estipulado, a interação com os *emoticons* poderia comprometer tempo as respostas.

Quadro 4

Regras – Grupo Focal Online

REGRAS GERAIS
✓ Às 18:30h o grupo será criado e estará aberto para esclarecimentos e dúvidas
✓ Às 19:00h será iniciado o grupo focal online.
✓ O debate terá duração de uma hora, podendo se estender por mais trinta minutos.
✓ A moderadora responsável enviará questões que podem ser respondidas por mensagem de texto ou por áudio, fica a critério da participante.
✓ Para iniciar a discussão de cada questão, será inserido o seguinte emoticon "◌" e para finalizar "⬤".
✓ Por se tratar de uma pesquisa, pedimos que participantes não utilizem *gifs*, figurinhas ou fotos, apenas *emoticons*.
✓ Por fins metodológicos de pesquisa, após encerramento do grupo focal online, as participantes serão removidas do grupo e não poderão mais mandar notificações.
INFORMAÇÕES - PARTICIPANTES
✓ As temáticas das questões serão sobre vulnerabilidade de serviços, bebê arco-íris, luto e experiências traumáticas, vivenciadas pelas participantes por serem ou terem sido mulheres tentantes.
✓ As participantes devem responder aos questionamentos e podem ponderar sobre as colocações das demais.
✓ "*Emoticons*" podem ser utilizados pelas participantes nas respostas, ou a qualquer momento, para simular expressões, sentimentos e emoções vivenciadas.
✓ Sugerimos para as participantes que procurem um local tranquilo, isolado, para que não tenha interrupções.
INFORMAÇÕES - MODERADORA
✓ O momento será mediado pela psicóloga Letícia Matos.
✓ Nos casos que nenhuma participante responda, a moderadora poderá fazer comentários ou perguntas em negrito, de forma escrita.
✓ Ao término de cada discussão, a mediadora pedirá o envio de um "*emoticon*" que represente sua expressão diante da questão proposta.

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Em compensação, os *emoticons* utilizados para reagir a qualquer momento para respostas entre as participantes, para simular expressões, sentimentos e emoções vivenciadas, assim como, para assertividade de troca de questionamentos, foram essenciais para organização do grupo focal online e para delimitação do momento de trocar um questionamento para outro.

As reações com esses símbolos também foram considerados importantes quanto a interação entre participantes, que justamente por se tratar de um grupo focal online, se tornam basilares para produção de interações, ou as vezes, de consenso e dissenso entre as integrantes. Todas as informações foram escritas para análise de conteúdo.

Imagem 1

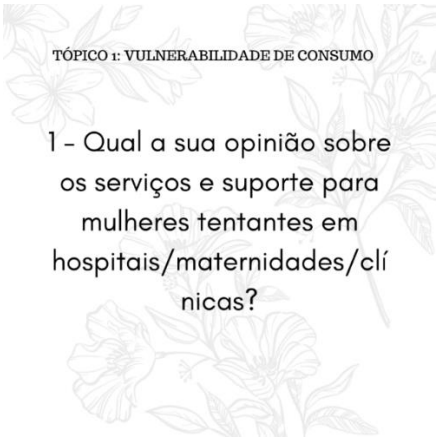
Significado de emoticons – Grupo Focal Online

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

A medida que era utilizado algum *emoticon* que não tinha sido sinalizado posteriormente o significado, era acrescentado de acordo com a interação para o próximo grupo focal online (Imagem 1). Outro fator que foi utilizado e facilitou a dinâmica do grupo focal online, foi a aplicação dos questionamentos dos tópicos-guia em forma de imagens. A medida que se transacionava um questionamento ao outro, era enviado um *card* com o tópico seguinte, a participante visualizava o questionamento e logo respondia por mensagem ou áudio. Para aplicação de grupos focais online no aplicativo *WhatsApp*, tal otimização colaborou com a dinamicidade do método (Imagem 2).

Imagem 2

Card para Tópico-guia



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

A partir do desenvolvimento desse método, foi possível nortear sobre a vivências das mulheres tentantes, observar a troca de confiança quase que instantânea entre elas, por conta de todas compartilharem do mesmo fator em comum, que são ou eram mulheres tentantes com um ou mais perdas gestacionais, assim como, colaborar com a afirmação sobre a praticidade do método de grupo focal online para desenvolvimento de pesquisas qualitativas.

Por se tratar de um método novo para a pesquisadora, não foi feito o método de "quebra-gelo" com as participantes antes de cada ínicio de grupo, pois acreditou-se que a conversa particular com o exclarecimento das dúvidas iria proporcionar uma boa aplicabilidade no método. Acredita-se que o desenvolvimento do Grupo C, para com o A e o B, foi diferente (com resposta curtas e menos interatividade, justamente pela ausência dessa estratégia na condução do método. Para confiabilidade e validação da pesquisa, ressalta-se essa informação.

3.6 A execução – Entrevistas Semiestruturadas

Iniciou-se a prospecção de entrevistas semiestruturadas no dia 02 de abril de 2024. Buscou-se primeiramente entre as participantes que aceitaram participar do grupo focal online, mas por algum motivo, desistiram ou não responderam até o início dos grupos, se elas tinham a disponibilidade para ceder uma entrevista. Das 7 contatadas, apenas 1 aceitou ceder uma entrevista.

Após isso, a estratégia de recrutamento seguido foi de *snowball*, em que as redes de referência podem indicar outros entrevistados. Tal ação ocorreu por vezes voluntariamente, ou seja, sem mesmo a solicitação, as próprias participantes questionavam se poderiam indicar uma outra entrevistada para que ela pudesse relatar a sua vivência. Tal estratégia rendeu 8 entrevistas.

Outra estratégia operada, foi a utilização de uma postagem no Instagram, via "storys", para indicação de mulheres tentantes ao bebê arco-íris há mais de um ano, ou que já tivessem tido o mesmo, com menos de 10 anos. Em menos de 24 horas houve a indicação de 12 entrevistadas, que no primeiro momento, verificou-se que 2 não se encaixavam no recorte da pesquisa. Após a realização de 10 entrevistas, durante a análise, 1 foi desconsiderada, pois tinha sido tentante durante apenas 5 meses após a primeira perda. Há uma entrevistada, que embora tenha tentado apenas durante 4 meses, foi considerada sua entrevista, porque foi a única a ter perda infantil.

Ao todo foram considerados 17 entrevistas semiestruturadas para análise, sendo as 3 últimas feitas para confirmação da saturação dos dados. As gravações possuem a média de duração de 29m15s, e em sua maioria, tiveram o formato por ligação via WhatsApp. As entrevistadas eram das mais diferentes regiões, sendo Goiás (GO), Maranhão (MA), Paraíba (PB), Pernambuco (PE), Piauí (PI) e São Paulo (SP), tendo a sua maioria Ensino Superior Completo como escolaridade e entre os extremos de idade de 24 anos a 46 anos.

Quadro 5

Perfil das Participantes

Código	Estado	Idade	Escolaridade	Profissão	Duração	Formato
Entrevistada 1	Piauí	33	Pós-Graduação	Enfermeira	23m23s	Vídeo Chamada *WhatsApp*
Entrevistada 2	Paraíba	36	Pós-Graduação	Professora	12m37s	Ligação *WhatsApp*
Entrevistada 3	Piauí	46	Pós-Graduação	Professora	31m00s	Ligação *WhatsApp*
Entrevistada 4	Goiás	29	Superior Completo	Técnica em Enfermagem	54m	Áudio *WhatsApp*
Entrevistada 5	Piauí	39	Pós-Graduação	Empreendedora Social	43m02s	Ligação *WhatsApp*
Entrevistada 6	Pernambuco	38	Médio Completo	Despachante	18m07s	Vídeo Chamada *WhatsApp*
Entrevistada 7	Piauí	42	Superior Completo	Representante Comercial	11m02s	Presencial
Entrevistada 8	São Paulo	46	Superior Completo	Analista de Crédito	23m12s	Ligação *WhatsApp*
Entrevistada 9	Piauí	29	Superior Completo	Empresária	13m33s	Ligação *WhatsApp*
Entrevistada 10	Piauí	31	Superior Completo	Fisioterapeuta	21m37s	Ligação *WhatsApp*
Entrevistada 11	Paraná	37	Superior Completo	Contadora	23m54s	Ligação *WhatsApp*
Entrevistada 12	Paraíba	40	Superior Completo	Bombeira	17m02s	Ligação *WhatsApp*
Entrevistada 13	Pernambuco	43	Pós-Graduação	Diretora Hospitalar	24m21s	Ligação *WhatsApp*
Entrevistada 14	Paraná	24	Técnico Completo	Técnica em Enfermagem	120m	Áudio *WhatsApp*
Entrevistada 15	Maranhão	38	Superior Completo	Bancária	18m07s	Vídeo Chamada *WhatsApp*
Entrevistada 16	Piauí	33	Superior Completo	Engenheira Civil	22m16s	Ligação *WhatsApp*
Entrevistada 17	Piauí	32	Médio Completo	Auxiliar Administrativa	20m13s	Ligação *WhatsApp*

Fonte: Elaborado pela autora (2024)

3.7 A execução – Observação Não-Participante

A partir da execução da prospecção das participantes do grupo focal online, através de interações no aplicativo *Instagram*, foi iniciado em conjunto o método de observação não-participante. Foi decidido que através dessa metodologia, seria verificado como as mulheres tentantes se comportavam no ambiente de redes sociais, e quais os possíveis padrões dos perfis observados.

Através da observação não-participante, foi possível desenvolver estratégias para conectar com participantes e entrevistadas, prospectar as suas participações, assim como, nortear os próximos passos da pesquisa. Para embasar o desenvolvimento dessa técnica, foram contactadas 177 perfis durante o perído de 08 de janeiro de 2024 a 18 de abril de 2024.

A observação era diária, principalmente dos Perfis e hashtags com nomes de “Tentante”, “milagre”, “bebê arco-íris”, “anjo”, “FIV”. Foi através dessa observação que foi possível verificar os padrões dos *emoticons*, com símbolos de arco-íris e anjos, assim como a preferência de anonimatos das mulheres tentantes. Para isso, fez-se 23 prints de perfis obervados para subsidiar os dados observados, com também, o desenvolvimento dessa dissertação.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, são discutidos os resultados provenientes desse trabalho de forma interpretativista, tendo como base a teoria apresentada, a execução do grupo focal online, das entrevistas semiestruturadas e da observação não-participante. A pesquisa teve como sujeito estudado as mulheres tentantes ao bebê arco-íris, no período de um ano ou mais, que recorreram aos serviços de saúde, público ou particular, e tiveram atendimento para o problema descrito.

Com esse propósito, foram estabelecidas categorias que surgiram a partir da base teórica utilizada, que embasou a pesquisa, o tópico-guia do grupo focal online e o roteiro de entrevista. As categorias foram pautadas à priori, porém, as subcategorias e códigos encontrados foram lançados à posteriori, pois a partir do confronto dos dados coletados e a teoria, tais informações surgiram.

Resultou-se a partir da análise de 21 documentos, sendo 3 dos grupos focais e 18 das entrevistas semiestruturadas, 3 tópicos centrais, subdivididos em 25 subtópicos. Dessas divisões foram extraídas 508 citações, dais quais foram analisadas interpretativamente de acordo com a revisão de literatura já apresentada. Com base nos objetivos específicos, as categorias primeiramente delimitadas, e a seguir expostas, são: (1) Vulnerabilidade de Consumo da Mulher Tentante; (2) Gravidez e Bebê Arco-íris; e (3) Luto e Experiência Traumática

4.1 Vulnerabilidade de Consumo da Mulher Tentante

A partir da análise dos grupos focais e das entrevistas semiestruturadas, observa-se que os tipos de vulnerabilidades vividas pelas mulheres tentantes são abrangentes. Desde a estrutura dos hospitais, maternidades e clínicas, passando pelo atendimento dos profissionais de saúde, a exacerbada quantidade de exames necessários para investigação da infertilidade ou da dificuldade em manter a gravidez, assim como a falta de suporte dos parceiros e familiares, colabora para a situação vulnerável da mulher tentante. Fora o fator mais citado entre as participantes e entrevistadas: o financeiro.

Entre os casos relatados, o encontro de locais para um atendimento especializado, é uma problemática constante, como resumido pela participante 1C, "*muito difícil encontrar quem queira/saiba investigar e quem tenha empatia pela causa*". E quando encontram, por vezes "*não sabem quais exames solicitar, como investigar*". Entende-se assim que a vulnerabilidade

antecede até mesmo a tentativas da mulher para ter o bebê arco-íris, com a busca de serviços adequados e com atendimento prestativo.

Conceituar suas implicações e intervenções de melhoria pela lente micro das mulheres tentantes, pode colaborar para uma mudança macro da realidade das mesmas (Akaka et. al, 2023). Por isso, divide-se esse tópico em cinco, provenientes da categorização realizada durante a análise.

4.1.1 Suporte Físico em Hospitais, Maternidades e Clínicas

Ao serem questionadas, tanto no grupo focal, quanto nas entrevistas semiestruturadas, as participantes e entrevistadas, em sua maioria, foram condizentes em uma informação: o suporte físico nos hospitais, maternidades e clínicas é deficitário. Quando se fala em suporte fisco sinaliza-se estrutura, atendimento, orientação, preparo para receber, a disponibilidade de materiais, ou seja, serviços básicos necessários para um atendimento eficiente e eficaz.

Durante o grupo focal online, a participante 6A sinaliza isso "*Eu acho que existe um déficit muito grande ainda de atendimento nestas instituições, uma preparação para receber as tentantes, é escasso, pelo menos na região onde moro*". Uma das reclamações sobre suporte é que não se encontra tudo em uma só instituição, mesmo em regiões consideras polos de saúde. O consumo acaba sendo vulnerabilizado por se tratar de uma situação de busca, além das tentativas gravídicas. Nota-se que a centralização desses serviços seria um facilitador para a situação vivida das mulheres tentantes, como reforçado pela entrevistada 5 e 16:

> Equipe. **Eu tinha que ficar rodando para lá e para cá para conseguir**. Por exemplo, **em um lugar só, eu não achava os profissionais que eu precisava para fazer o meu tratamento**. Então eu era acompanhada pela doutora X, que é da clínica especializada em reprodução humana, e acompanhada também por uma médica lá da clínica Z, que é essa pessoa que eu conheci há muitos anos, que é obstetra, porque ela ainda me acolhia melhor. Então **eu ia nas 2 para eu me sentir um pouco mais acolhida.** Eu tinha como fazer isso e quem não tem? (ENTREVISTADA 05).

> A primeira vez que eu cheguei lá, eu levei o resultado da médica e beta. Depois pediram para eu repetir a ultrassom e fazer o beta novamente. Nisso, o beta já havia caído, já não estava no mesmo nível do primeiro que eu tinha feito, que já significava que não tinha vida. A segunda ultrassom, olharam, olharam e não viram nada. E quando eu ia fazer o exame e eu voltava com o restante, já era tipo, 6 horas depois, 4 horas, um tempão depois. **Quando eu voltava, já tinha trocado de médico plantonista, e ele mandava repetir.** Pelo SUS, no caso, eu não fazia as ultrassom porque não tinha onde fazer. O único local era lá em um bairro afastado e a máquina estava quebrada. **Eu voltava para o hospital particular, pagava pelo ultrassom, pagava pelo beta, refazia e voltava. Quando o resultado saía, voltava para lá, para a maternidade novamente. Nessa brincadeira eu paguei os exames particular, mas as consultas eu retornava lá no SUS.** (ENTREVISTADA 16)

O atendimento da primeira entrevistada foi realizado todo por locais particulares, e da segunda entrevistada, os serviços utilizados eram tanto particulares quanto públicos. Dessa forma, observa-se a possibilidade que esse problema não é algo que tange à condição do serviço, e sim à ausência de suporte centralizado para esse público, o que pode causar desgaste físico, emocional e financeiro. Esse achado acrescenta ao estudo de Hill e Sharma (2020), que salientam na sua pesquisa como a vulnerabilidade pode estar associada ao estar, no sentido desencadeador, do que ser vulnerável.

Ainda nessa temática, indica-se a ausência de uma estrutura específica para mulheres que já passaram por uma perda gestacional, neonatal ou infantil dentro de hospitais ou maternidades. Verifica-se a falta de triagem para atendimento ou até mesmo um suporte condicionado para uma pós-perda, como um atendimento psicológico, que se faz necessário devido a situação. As falas das entrevistadas 13 e 01 salientam esses pontos:

> **Em todos os lugares que eu passei, nenhuma estrutura voltada para mulher tentante, nenhum trabalho específico dentro das instituições, para a tentante que também passaram por aborto.** Eu não cheguei a fazer curetagem, porque eu tive 2 abortos e os meus 2 abortos eu consegui expelir. Mas realmente a gente fica junto ali com as pessoas. **A gente espera do mesmo jeito, a gente fica no mesmo ambiente, então realmente, não tem uma estrutura**. (ENTREVISTADA 13)

> Eu acho que é um pouco assim, deixa a desejar. Principalmente na questão psicológica. Porque no meu caso, t**eve a questão da ansiedade**, porque o manejo era muito mais a questão fisiológica, **de fazer qual os exames que estavam impedindo a gravidez, dificultando a gravidez.** E essa parte psicológica do transtorno de ansiedade, até hoje eu tomo medicação para a ansiedade, na época eu não tomava, interfere muito. **Eu acho que poderia ser abordado melhor essa parte do manejo do tratamento. Eu falo por conhecimento de causa, a ansiedade ela interfere muito.** Eu acho que deixa a desejar nessa abordagem psicológica, das tentantes, que a gente sabe que a maioria delas tem muita ansiedade, para conseguir. (ENTREVISTADA 1)

Por meio da observação não-participante, verificou-se que há um direcionamento para assistencialismo a essas mulheres na teoria, porém de forma prática, observa-se que não ocorre da forma esperada. Muitas são as reclamações sobre as vivências nos ambientes públicos, através do SUS, como também nos particulares. As mulheres tentantes esperam assistência dos hospitais, maternidades e clínicas, mas acabam tendo que recorrer a outras fontes de informação para conseguir direcionamentos, o que pode gerar equívocos, demora e/ou desalinho para gravidez.

Nota-se que tal discussão colabora com a literatura de Boynton (2015) e Kresnye et al., (2020), quando eles apontam que os serviços de apoio para mulheres tentantes podem até

existir, porém, mesmo que se encontre, não são claramente sinalizados ou funcionam de forma irregular. Medidas que contribuam para prestação de serviço efetiva para esse público se tornam fundamentais.

No suporte físico nos hospitais, maternidades e clínicas apenas particulares, ao que tange materiais e estrutura em si, não houve críticas por parte das entrevistadas e participantes. Porém, o suporte particular para cobertura do plano de saúde, é insuficiente. A consumidora paga mensalmente um plano conveniado e quando necessita dos serviços, há exames que não são autorizados, o que podem ocasionar pagamentos além dos planejados, como visto pela fala da Entrevistada 7:

> **O plano não cobre, que eu não sei o porquê que não cobriu**. Já que é uma coisa que estava constatado que não é uma coisa, por eu tinha um problema e eu precisava resolver de alguma forma, de algum apoio. Não teve. Então **eu tive pelos meios particulares, uma boa parte particular, outra parte através do plano de saúde** e assim, a maternidade de boa, até porque eu tinha plano de saúde. Então eles me acolheram bem, não sei se eu não tivesse, seria a mesma coisa. Eu vejo que quem não tem plano de saúde, que não tem algo para pagar um tratamento desse, não tem oportunidade de ter um filho como eu tive. (ENTREVISTADA 7)

Interpreta-se que, mesmo que seja feito o diagnóstico da patologia da paciente, não há garantias de cobertura nem mesmo para exames convencionais, que são necessários para tratamentos. Incute-se a partir disso a possibilidade de planos voltados para esse público de mulheres tentantes, ou até mesmo, atendimentos direcionados além das clínicas especializadas. Sabe-se dos altos valores acerca de um tratamento voltado para fertilidade ou para gravidez, porém, a falta de cobertura de alguns exames mostra um gap mal direcionado entre as demandas e ofertas nesse setor, que, caso fosse resolvido, beneficiaria as partes envolvidas.

Sobre o suporte público por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) em hospitais e maternidades, as participantes e entrevistadas mostram-se desassistidas. Mesmo tendo a possibilidade de tratamento gratuito para fertilidade, o serviço é falho, o que ocasiona desconfiança e estafa. A fala da participante 5A, do grupo focal online 1, exemplifica isso e ainda demostra a demora para a assistência no serviço, como é visto a seguir:

> Quando eu estava sendo tentante, eu cheguei a ir ao posto de saúde pelo SUS e **cheguei a ser inserida numa lista de espera,** que eles chamam de regulação para ter uma consulta com médico especialista em reprodução humana pelo SUS. Mas acabou que eu consegui fazer um tratamento particular e **nunca fui chamada nessa fila,** ou algum dia na vida eu fui chamada e não vi, porque a gente fica em uma lista de espera, dá para acompanhar pelo aplicativo do SUS, o Conecte SUS. E de vez em quando eu olhava lá e via que não estava, que não tinha me chamado ainda, estava na fila de espera e aí depois de algum tempo eu olhei lá, depois de muito tempo, na verdade, eu olhei e vi que não estava mais. Eu não estava nessa fila. Então, assim, não sei por qual motivo, não sei se eles tentaram contato comigo, se tinha chegado minha vez e

> eu não atendi a ligação. Não sei. **Simplesmente eles tiraram o nome da fila**. Eu acabei insistindo com os profissionais que me atenderam para me colocarem nessa fila, porque eu já sabia que existia essa possibilidade. É porque **eu já tinha tido 2 perdas gestacionais, então estava assim, eu não quero esperar ter mais uma, ter mais outra, ou outras perdas para conseguir algum atendimento.** Pela insistência, eu consegui ser inserida nessa fila e acabou que eu nunca fui chamada. (PARTICIPANTE 5A)

A participante em questão relatou que para conseguir a informação que o SUS fornecia sobre o serviço para reprodução humana, pesquisou pelo *Google*, e para confirmar, recorreu à maternidade de referência da sua cidade para obter mais informações. Observa-se que para obtenção da informação a mesma teve que buscar, pois não era de conhecimento o serviço gratuito. A participante conseguiu a assistência, mas a falta de praticidade e acessibilidade do aplicativo disponível a prejudicou pela falta de comunicação, o que a direcionou para um serviço particular para conseguir o tratamento para gravidez desejada.

Interpreta-se assim que esse aspecto situacional é corroborado por Hill e Sharma (2020), que apontam a existência de mecanismos de enfrentamento. Vê-se que a mulher tentante, em frente às diversidades do sistema, opta pela criação de novas estruturas de enfrentamento, ou seja, quando vê que não conseguirá de uma forma, a consumidora busca outros recursos que a auxiliem, combinando um ou mais canais de informações ou tratamentos, para êxito na sua busca pelo bebê arco-íris.

De certa forma, interpreta-se que as mulheres tentantes estão em desvantagem nas relações de troca (Andrease & Manning, 1990) justamente por não conseguirem em primeiro, ter acesso à informação, em segundo, se sentirem inseguras com o serviço em si, e em terceiro, a insegurança sobre a continuidade do tratamento para gravidez, seja pela falta de suporte, de tempo ou de financeiro. O SUS em sua totalidade fomenta para a população brasileira a assistência de saúde necessária, mas devido à alta demanda para atendimentos, ocasiona situacões de espera e demora em resolutivas que deveriam ser mais ágeis, visto isso na fala da entrevistada 11:

> Eu acho que no público não é muito acessível, por exemplo, **para diagnosticar um problema que a mulher tenha, demora muito tempo, quando você pede o exame até chegar a seguir para você fazer o exame, demora muito tempo. Depois você tem que esperar muito tempo para passar com o médico**. Depois você tem que demorar muito tempo para ser diagnosticada, sabe? Até iniciar esse tratamento, acho que **você perde muito tempo de coisas que poderiam ser mais rápidas** e que deveria ser mais rápido. (ENTREVISTADA 11)

Lupton (2016) sinaliza, que há pouca preocupação voltada para a vivência das mulheres tentantes, em especial as que já passaram por uma perda. Não há algo a longo prazo, por parte

das instituições de saúde, para a visualização das problemáticas acerca dessas mulheres. Observa-se assim, essa ser a justificativa para a demora nos atendimentos.

4.1.2 Serviços de Saúde em Hospitais, Maternidades e Clínicas

Compreende-se que várias são as vulnerabilidades de consumo sofridas pelas mulheres tentantes derivada de atendimentos em hospitais, maternidades e clínicas. Não somente provenientes de médicos, mas de enfermeiros, psicólogos e fisioterapeutas, entre outros profissionais. As consumidoras dependem desse sistema para alcançar seu objetivo, e acabam se submetendo a atendimentos que por demasia, desestabilizam e desestimulam. Visto nos depoimentos a seguir:

> Eu que acredito que desde o momento ali da fecundação já é uma vida e vários profissionais nem consideravam aquilo, falavam assim: "**Ah, não, com a gravidez química não é, você vai conseguir engravidar de novo**" ou então "**não, a gente só começa a investigar os motivos, os possíveis casos de uma perda gestacional a partir da terceira perda**" (PARTICIPANTE 5A)

> Para eles talvez ficar 5, 6 anos tentando uma gravidez e não conseguir é algo normal, só que o jeito que eles passam para pessoa é como se não estivesse dando importância a isso. "**Você não tem que se importar com isso**", logo vem essas frasezinhas chatas. (ENTREVISTADA 11)

O relato desses comportamentos vindos de dentro de ambientes hospitalares mostra como a falta de treinamento para atendimento ao público em questão faz a diferença. A ação vinda desses profissionais perante a situação das consumidoras, demonstra uma normalização para indiferença à vivência das pacientes, iminente por parte deles, mas uma desaprovação por parte delas. A necessidade de assistência especializada para mulheres tentantes se mostra imprescindível, devido à particularidade dos indivíduos envolvidos em questão.

Os médicos são os mais relatados com falta de empatia e capacidade para atendimento acerca das problemáticas de mulheres em tentativas de gravidez. Durante a discussão do assunto nos grupos focais, nota-se o reforço para quão normalizado ou insensível é o atendimento por parte desses profissionais para com essas consumidoras. Alguns dos relatos são, "Ele é extremamente capacitado, mas um robô pessoalmente" (PARTICIPANTE 5B), "Muitas vezes é falta de humanização mesmo. Porque até mesmo especialistas já me atenderam péssimo" (PARTICIPANTE 2B).

Algumas notaram o despreparo para investigar e dar um diagnóstico para elas, como visto nessas falas: "Não, os médicos não estão preparados. E ainda acham que isso são coisas

simples" (PARTICIPANTE 1B), ou "A maioria dos ginecologistas que passei não sabiam quais exames solicitar, como investigar" (PARTICPANTE 1C).

Entre as entrevistadas, relatos semelhantes são comentados. Além do reforço para o despreparo para o atendimento, elas salientam o diagnóstico errado que os médicos podem informar, ocasionando desconforto e indignação, como falado pela entrevistada 16: "Não souberam me diagnosticar e ainda me meteram o terror de que eu não iria mais engravidar". Outra situação relatada entre as entrevistadas, é quando os profissionais de saúde não têm o interesse de investigar a dificuldade de engravidar e tratam como mais uma doença, como visto nessas falas:

> Você às vezes, muitas vezes, você tem que pedir: "Doutora, você não acha que a gente está no caminho errado? Que tem mais alguma coisa aí para a gente investigar? Por causa disso, por causa daquilo?", **a gente, como paciente, é quem tem que estar sendo chato e está cobrando isso deles.** (ENTREVISTADA 5)

> Uma das coisas que eu observei, os médicos como eu lhe disse, são poucos que vão te olhar nesse universo, de sono, de bebida, de comida, de atividade física. É uma mudança de vida e **eles olham realmente se tu tem uma doença ou não. Só isso.** (ENTREVISTADA 13)

> **Eu acho ainda muito vago**. No meu caso, por mais que tenha sido particular, não teve aquela averiguação. Não foram atrás para saber o que foi, só falaram que o bebê teve uma má formação e meu corpo rejeitou. De início, foi só isso que me falaram, então eu fui tentando, tentando... nessa gravidez, **agora que o descobri, o motivo pelo qual eu perdi.** (ENTREVISTADA 17)

As consequências da ausência de informação são vistas nessa última fala, em que após várias tentativas, a entrevistada em questão relata que durante a gravidez do bebê arco-íris é que descobriu o motivo das perdas anteriores, pois até então, nenhum outro atendimento prestado a ela tinha dado o esclarecimento do motivo que ocasionou as perdas, como se tratar e que tipo de remédio tomar, apenas que tentasse novamente. O direito de saber as possíveis causas da perda foi desconsiderado, e a paciente por desconhecer seus direitos, não viu a necessidade de reclamação. Isso que ocorreu, pode provocar mais gastos, pois sem a informação, as tentativas poderiam ser direcionadas de forma errada.

Com base nessas análises, vê-se que elas convergem aos estudos de Dancet et al., (2011), Lupton (2016) e Mercier et al., (2020), pois também exemplificam como os atendimentos em locais de saúde são deficitários, e que não há uma preocupação para diferenciação entre mulheres que são tentantes e já sofreram uma perda, das demais que buscam o atendimento. Se faz necessário um reforço ao atendimento especializado para a vivência dessas consumidoras.

A explicação sobre tratamento apropriado para mulheres tentantes vem mediante a investigação. Outras entrevistadas relataram as consequências da ausência da informação. A exemplo da entrevistada 8, que possui boas condições, sempre se cuidou indo ao ginecologista periodicamente, e por ter outras prioridades, deixou a maternidade para o momento oportuno da sua vida, mas quando iniciou as tentativas, soube que teria dificuldades para engravidar e que isso poderia ter sido evitado antes, como visto a seguir:

> Eu tive a minha primeira gestação com 40 anos, porque eu me casei com 39, e aí os relatos que eu tive de médicos, inclusive de alguns lugares que eu fiz alguns exames, é que eu deixei para muito tarde. "Nossa, mas agora você vai tentar engravidar", e eu tive 2 perdas, então assim, a primeira todo mundo falava que era normal, e na segunda, que foi um ano após, todo mundo nos atendimentos que eu tive em laboratórios, em vários lugares, que eu conversava com enfermeiros, médicos que faziam ultrassom, eles falavam, "nossa, você deixou pra muito tarde", como se assim, eu tivesse a opção de querer ser mãe aos 30 anos. Eu escutei bastante, "hoje em dia a mulher pode engravidar quando ela quiser". Não, **falta informação**! **As pessoas que têm 30 anos já deveriam ter um trabalho de conscientização que se você vai deixar para mais tarde, você precisa colher os seus óvulos**. Isso deveria ser uma coisa básica na nossa vida assim, sabe? E não é! **Essa informação é para poucos.** Eu não tive essa informação, porque **eu tinha condições de congelar óvulo, mas nenhum dos ginecologistas que eu passava me deu essa orientação.** [...] Desde a parte ginecológica de quando a pessoa tem 30 anos. **Deveria ser um protocolo, sabe?** Olha, você não tem filho ainda... Eu acho assim, a ciência evoluiu, mas essa questão de você postergar o tempo para fazer a buscar da sua maternidade, ele para nos 35. **Assim como um adolescente 16 anos é obrigada a tomar uma vacina de HPV, eu acho que deveria ser um protocolo também para as pessoas se informarem, porque a gente acaba ficando desinformado** e até hoje é assim, porque eu tenho sobrinhas de 30 e poucos anos, eu falo para elas, elas estão estudando, fazendo odontologia, medicina, eu falei, 'se vocês estão estudando, vão dar prioridade para isso, colhe os óvulos agora'. Para elas não passarem o que estou passando. (ENTREVISTADA 8)

A sugestão de atendimento para mulheres tentantes como colocado pela entrevistada é válida. Nota-se a necessidade de ter um tipo de atendimento protocolizado prático e atuante para mulheres que tenham interesse de engravidar. A partir de certa idade, deveria ser perguntado sobre as pretensões gravídicas da mulher, caso ela tenha interesse, assim como é informado a possibilidade de esterilização através da vasectomia e laqueadura em homens e mulheres de 21 anos (Governo Brasileiro, 2023).

A possibilidade de congelamento de óvulos, mesmo que de forma particular de início (por conta dos custos) também deveria ser divulgada para as mulheres brasileiras. A informação é valiosa tanto de forma individual, para o poder de escolha da cidadã, como de forma coletiva, já que a reprodução para o Estado é necessária para a sua manutenção.

Sinaliza-se que há o protocolo pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que rege os atendimentos públicos e direciona os particulares. Porém, sem a fiscalização ou obrigatoriedade de execução, esses protocolos são desconsiderados. Mas, ao que tange à

investigação, pelo relato tanto de participantes do grupo focal online e entrevistadas, eles não desconsideram. Isso porque para o início da investigação da perda gestacional ou neonatal, o médico começa apenas a partir da segunda perda, em alguns casos no particular. No atendimento público, obrigatoriamente a partir da terceira perda.

Por vezes, a mulher pode não ter o tempo necessário para passar por três perdas para então começar a investigação sobre o seu diagnóstico. Algumas iniciam no período que considera o declínio da produção de óvulos, que é com 35 anos de idade (Souza et al., 2023). A vulnerabilidade do consumo e de serviços dessas mulheres em questão é ter que recorrer a um atendimento conveniado particular para conseguir engravidar ou pagar por uma fertilização in vitro, que pode ainda ser mais dispendioso por não ter garantias efetivas de fecundação e ainda serem bastante caras.

O atendimento voltado para prestação de informações para essas mulheres sobre essas questões se torna não somente necessário, mas por direito de conhecimento delas, o que não parece ser uma preocupação por parte dos prestadores de serviços em saúde brasileiro. Contempla-se tão situação através da fala da entrevistada 4 e 6:

> De um modo geral, eu posso dizer que não, que não estão preparados. E a maioria quando a gente ingressa, que a gente relata por qual foi a procura, o motivo da procura, em geral, **eles já querem encaminhar a gente de cara para uma FIV né? Não querem procurar a raiz do problema para tentar solucionar.** Eles já querem encaminhar para o FIV. De modo geral, assim, o que eu posso dizer que sim, mas existes alguns dentro desse contexto que eles se destacam, mas de modo geral não estão preparados. (ENTREVISTADA 4)

> Preparados eles sempre estão, né? Mas assim, também deixam muito a desejar, porque muitos profissionais eles visam muito a questão financeira. Para eles, o que importa é o dinheiro e não o seu paciente, entendesse? Tem coisas que eles poderiam investigar com mais rapidez, **mas eles ficam usufruindo, que você gaste, que você passe por uma perca, passe pela segunda, pela terceira, para eles pensarem, o que é que eles vão fazer, qual a atitude eles vão tomar** (ENTREVISTADA 6)

As entrevistadas em questão são pacientes do SUS e tiveram que recorrer ao atendimento particular em algum momento para obter respostas a situações específicas. A partir do que foi vivido por elas é importante buscar-se a melhoria em atendimento em maior escala, com o incentivo a treinamentos e especializações para aqueles profissionais que tem interesse em serem atuantes na área. A falta de obrigatoriedade para aprimoramento de atendimento para o público em questão pode ser um dos fatores que ocasione situacionais como os relatados.

A depender do tipo de diagnóstico que a mulher possua, ela pode ter a dificuldade de engravidar ou de manter a gravidez. Entende-se que a partir disso, a vulnerabilidade de consumo pode ser exacerbada ou abrandada. A problemática em questão é que o diagnóstico

pode vir após três perdas. Os médicos não costumam investigar a partir da primeira perda, pois consideram normal. Seria importante que a investigação sobre os motivos que levaram a perda gestacional ou neonatal iniciasse a partir da segunda perda justamente para evitar a vulnerabilidade sofrida pela mulher, que hoje podem passar por três perdas e não obter respostas sobre o que vivem.

O atendimento médico gratuito é um direito fornecido em lei pelo governo brasileiro, e não pode ser negado por imperícia, imprudência ou negligência. Dito isso, o longo relato da entrevistada 14 mostra como um atendimento no sistema público influenciou suas tentativas de gravidez. Recém-casada, a mulher em questão foi atrás de um atendimento a um problema de saúde específico. Nesse período, ela não a considerava mulher tentante. Ao ser atendida, o médico da rede pública, desconhecido até então pela mesma, solicitou alguns exames. Ao ver os resultados, a diagnosticou com endometriose.

Sendo da área de saúde e sabendo dos riscos que uma endometriose poderia causar para sua fertilidade, a entrevistada em questão questionou o médico se o tratamento sugerido por ele, que era tomar as medicações para tratamento do endométrio, não poderia causar infertilidade. O médico rispidamente a falou que ela nunca poderia engravidar. Esta situação provocou muita tristeza na entrevistada, mas foi ponto crucial para que ela iniciasse a sua jornada de mulher tentante, e provasse ao médico que ele estava errado.

A situação fez com que ela tivesse que procurar o atendimento particular, ou seja, um gasto financeiro, para ter a investigação adequada do seu diagnóstico, porém, a necessidade do sistema único de saúde para cobertura de alguns exames e disponibilidade de medicações, fez com que ela tivesse de voltar a ser atendida pelo mesmo médico, como visto no relato a seguir:

> [...] eu saí determinada daquela consulta que a partir daquele momento eu iria começar a tentar a buscar uma gravidez. A tentar engravidar. Justamente para eu dar na cara do médico que não é bem assim que as coisas aconteciam. Então tanto eu quanto meu marido, a gente decidiu que a gente não iria mais na naquele médico e foi aí que **eu passei a procurar o atendimento particular.** Neste momento eu encontrei uma médica na qual ela me tirou todas as as minhocas que tinham na minha cabeça a respeito do que o médico da rede SUS havia me falado, que não era bem assim, que o que eu tinha, **o meu problema era totalmente diferente. Não era uma endometriose**, eu tinha sim um problema, uma dificuldade ali, mas não era endometriose. Poderia ser uma adenomiose, mas para isso a gente faria exames. Foi neste momento que eu percebi a capacidade dos médicos têm, da humanidade, porque o outro médico foi totalmente incrédulo. Egoísta. Ele olhou para mim, falou, "você não vai ter filhos". **Mesmo que eu dissesse para ele que não seria a minha vontade de ser mãe, eu acho que ele jamais poderia dizer isso para uma mulher**. Eu não estava nas tentativas ainda, vale ressaltar isso mais uma vez, mas eu sempre tive o sonho de ser mãe, já essa outra médica não. Ela me animou, ela falou que sim, eu poderia ser mãe, talvez com uma com algumas dificuldades, mas que sim, eu conseguiria ter um filho. Só que mesmo assim eu tive que voltar com esse médico da rede SUS, porque havia alguns exames que a rede SUS fornecia e alguns não. E como

> a gente não tinha condições de fazer tudo no particular, então algumas coisas eu passava a fazer pelo SUS. Então foi aí que eu comecei a fazer mais exames. **A minha médica me pedia exames. Os exames que a gente conseguia realizar pelo SUS, eu ia na rede pública, no posto de saúde, consultava com esse médico para que esse médico apenas transcrevesse o pedido de exames**, para eu conseguir fazer pela rede SUS. Era muito interessante que cada consulta eu conseguia ver nitidamente que ele não se importava por uma mulher que tinha o sonho de ser mãe, porque eu lembro nitidamente a segunda vez que eu cheguei para fazer uma transcrição de exames que ele olhou na minha cara. Ele falou "você ainda insiste em consultar com a médica particular, em pegar um pedido de exames e ainda vem, ainda tem a cara de pau de vim aqui na rede SUS para mudar esse pedido de exame para você conseguir querer fazer gratuitamente. Você sabia que você está perdendo o teu dinheiro e que você também está encobrindo o lugar de alguém que realmente precisa fazer esse exame? Porque não adianta você perder tempo em fazer esses exames. Você nunca vai conseguir engravidar". Então **eu escutei pela segunda vez aquilo daquele médico, mas eu não me detive com aquilo. Eu me foquei na médica que sempre me ajudou** e que realmente assim foi um anjo, que esteve ao meu lado, que me motivou, que fazia eu correr atrás, que me ajudou a enxergar várias coisas, até **eu conseguir o meu primeiro positivo, mas infelizmente acabei perdendo**. (ENTREVISTADA 14)

O fato da entrevistada ter que recorrer ao desembolso de consultas particulares para ter o tratamento correto a sua situação vivida, e ainda ter escutado pela segunda vez que nunca conseguiria engravidar, mostra mais uma vulnerabilidade de consumo que a mulher tentante pode passar durante a sua busca para gravidez. A dependência de um sistema para obtenção de respostas, mas que não é assertivo e nem acolhedor ao situacional vivido. Observa-se que o médico em questão estava errado, já que a entrevistada conseguiu engravidar.

Aqueles atendimentos que foram iniciados com médicos que já eram de conhecimento das mulheres tentantes, mostraram-se como os mais proveitosos. Pela familiaridade, aquelas que tiveram a oportunidade de continuar com o profissional que já lhe atendia, mostraram satisfação na condução do período gravídico. Alguns dos relatos a seguir mostram a pertinência desse ponto:

> Tanto a minha endócrino, quanto a minha obstetra, quanto a minha médica ultrassonografista, que eu fiz, todas foram bem compreensivas, me acompanharam certinho. Eu passei um período de dezembro de 2018 até junho de 2021 tentando, então foi um longo período e **sempre fui confortada**, **não sei se é porque já eram minhas médicas de muito tempo e tal, a gente já tinha uma proximidade maior.** (ENTREVISTADA 2)

> [...] justamente **por um certo vínculo profissional,** da pessoa com quem eu era casada na época com o médico, **às vezes tinha uma facilidade**, porque às vezes ele me dava o remédio, **porque ele tentou muitas estratégias para ver se eu engravidava de uma maneira**, digamos assim, **mais natural** antes de partir para fertilização (ENTREVISTADA 3)

> [...] acompanhada também por uma médica lá da clínica Z, **que é essa pessoa que eu conheci há muitos anos,** que é obstetra, **porque ela ainda me acolhia melhor**. (ENTREVISTADA 5)

Oferecer acesso a informações individuais, demonstra ser uma abertura para compartilhamento de informações e construção de uma confiança com o profissional, além de

mostrar-se também como um diferencial. Como no caso da entrevistada 10 que após algumas tentativas frustradas de atendimento no seu período tentante, foi apenas com o compartilhamento do telefone pessoal do médico que acreditou que todo o processo daria certo, como visto a seguir:

> Fui para o primeiro médico, gostei muito dele. **Só que ele não deu uma assistência que eu queria**, sabe? Porque eu já vinha passando por esse processo todinho, **eu queria uma assistência bem maior, pelo menos o telefone dele,** se acontecesse alguma coisa, eu entrei em contato com ele, mas eu não tive esse apoio. Falei com meu esposo, e ele "pois vamos procurar outra profissional para te acompanhar", foi quando eu conversei com uma amiga nossa que trabalhava na clínica X no tempo. Ela me indicou dois profissionais. Ela disse, "esses dois são os mais procurados". Eu optei pela mulher, maravilhosa, perfeita, **nunca me deixou à vontade, já me deu o telefone dela na primeira consulta**. "Qualquer coisa você me liga, você manda mensagem". Foi maravilhosa todo o acompanhamento, perfeito, não temos o que reclamar. (ENTREVISTADA 10)

Outro caso que atendimento individualizado e voltado para o paciente possibilitou uma condução assertiva e humana do caso, foi da entrevistada 11. Após perder o seu filho em uma cirurgia, viu-se na situação de luto e impossibilitada de ter um bebê arco-íris, devido ao seu marido ter feito uma vasectomia 60 dias antes do falecimento do primogênito. O procedimento de esterilização não é invasivo e pode ser coberto por planos de saúde, assim como serem feitos em consultórios médicos, porém, para sua reversão, os planos de saúde não cobrem e configuram como estética. O fato do conhecimento do médico e a confiança no profissional, colaborou para uma nova tentativa de gravidez:

> O meu filho faleceu em 2019, nessa época de setembro de 2019, o meu marido tinha feito uma vasectomia há 60 dias antes, em julho. **A gente nem podia ter outro filho**, daí a gente foi correndo atrás de médico. Por exemplo, quando o meu marido fez a vasectomia, ele fez pelo plano de saúde. Não se cobrou nada. **Para reverter, o plano não reverte, ele entende que é uma estética.** E o plano não paga para reverter. Então para reverter é particular. Gira em torno de R$20.000,00 mil reais a cirurgia de reversão e nós não tínhamos na época. Só que por uma luz divina, ele falou, **vou conversar com o médico que fez. Eles fazem juramento de ajudar as pessoas, ele vai ajudar a gente.** Ele foi, falou com o médico e **o médico deu a reversão para a gente. Não cobrou nada, nem um real.** (ENTREVISTADA 11)

Os relatos acima citados, em algum certo ponto, relatam a situação individual de cada participante e entrevistada sobre como a busca para gravidez e os custos dispendiosos podem ter ou não influenciado seu período tentante. Dessa forma, faz-se necessário trazer a discussão mais direcionada para a condição financeira dos sujeitos da pesquisa, demonstrando que a vulnerabilidade financeira também é um ponto discutido e por muitas vezes abordados entre as mulheres tentantes, o que é verificado no tópico seguinte.

4.1.3 Vulnerabilidade Financeira das Mulheres Tentantes

Em face ao cenário discutido, observou-se que a vulnerabilidade financeira da mulher tentante inicia no momento que ela inclui a gravidez no seu planejamento familiar. Dessa forma, itens ou serviços que são considerados supérfluos ou que não acrescentam ao objetivo, são dispensados. Nas discussões em grupos focais, as participantes trouxeram à tona recorrentemente essa questão com "privação de momentos de lazer" (PARTICIPANTE 6A) e "eu não ia mais para aniversário que me convidavam. Deixei de comprar roupas e calçados. Quase não saía de casa, restaurante ou pizzaria" (PATICIPANTE 4A). A entrevistada 14 também salientou isso na sua fala:

> [...] e buscando o tão sonhado bebê arco-íris, eu acho que foram os gastos do mês que a gente tinha muitas vezes, que a gente saía realmente para comer uma pizza, para comer um x-burguer. Não é todo mês que a gente consegue fazer isso. Comprar roupas também, livros e a questão do próprio... Como que eu posso dizer, do próprio? Lazeres que a gente tinha. Tipo de ir ao cinema, por exemplo, pagar uma conta da Netflix. **A gente abriu mão dessas coisas então, nessas questões, para economizar no financeiro, mas para a gente poder consumir de outras formas, por exemplo, como consumir os medicamentos, coisas do tipo**. (ENTREVISTADA 14)

A vulnerabilidade pode não ser percebida pelo sujeito do estudo, por conta do foco voltado para a gravidez, mas até mesmo a compra do teste de gravidez pode alterar o comportamento da mulher tentante. A busca pelo êxito no objetivo proposto, pode causar uma expectativa exacerbada, comprometendo o psicológico dessas mulheres, podendo desencadear transtornos como a ansiedade. As falas das participantes dos grupos focais em momentos diferentes, e das entrevistadas 1 apontam isso:

> **Não podia sentir um sintoma que já comprava teste** achando que estava grávida, e isso mexeu com meu psicológico de uma forma anormal que engordei 15 kg em muito pouco tempo (PARTICIPANTE 4B)

> **A gente compra vários testes de gravidez**, com o passar dos meses. Tem também os **testes de ovulação**, **os suplementos para melhorar a qualidade dos gametas**. E se você partir pra técnicas especiais como inseminação e FIV tem todos os custos de medicação, honorários, clínicas... porque aí o plano de saúde não cobre. (Me endividei), parcelei a FIV em 10x. (PARTICIPANTE 1C)

> Afetou também porque a gente **comprou mais testes de farmácias, por conta da ansiedade**, para estar fazendo, e a questão das medicações que a gente comprou, dos exames que a gente pagou no particular. (ENTREVISTADA 1)

Após a contenção de gastos, e as tentativas sem sucesso, observa-se a iniciação do endividamento. Para obtenção do objetivo, que é a gravidez, a mulher se submete a riscos financeiros, desde parcelamentos altos em cartão de crédito, pegar empréstimo com o patrão ou até mesmo sair do trabalho para conseguir a rescisão e se dedicar em tempo integral ao período gravídico. A suscetibilidade com o comprometimento a conseguir a tão sonhada gravidez, pode chegar a comprometer a renda familiar. Alguma das falas das participantes trazem isso, como visto a seguir:

> **Eu saí de um emprego de 12 anos para ter dinheiro**, fizemos três tentativas, **viagens para São Paulo, onde optamos por ficar**, inúmeros exames que o plano não cobria. Deixamos de viajar, trocar de carro. Fora medicações. (PARTICIPANTE 5B)

> Primeiro fui em uma clínica e o médico toda hora falava para mim e para o meu esposo que era caro. Isso me deixou sem chão. Aí procurei outros médicos. Fiz vários exames caríssimos porque disseram que precisava. **Gastei com a FIV** (Fertilização in vitro) **e tive 2 TEC** (Transferência de embriões congelados) **negativa. E no final quem me ajudou foi um médico de GO** (Ginecologia e Obstetrícia) **com 2 medicamentos barato**. **Fiquei devendo R$150.000,00 mil**. (PARTICIPANTE 1B)

> Eu acho que se fosse assim, pelo dinheiro que eu e meu esposo gastou, entre cirurgia, entre medicamentos, em consultas, que é tudo caro, não aceita cartão, ou então o cartão é tudo de uma vez. (Se juntar tudo) **A gente gastou o dinheiro de fazer uma fertilização. Mais de R$30.000,00 mil reais.** [...] Ter que tirar do que você não tem. **Você trabalha em cima de um salário mínimo**, você e seu esposo, aí **você paga a casa, água, luz, tem as suas coisas e você abdica daquilo al**i, certas coisas, **para realizar o seu sonho**. Só que é tudo muito difícil. É tudo muito difícil. Eu nunca vi na minha vida. Quando você pensa que ali tem uma luz no túnel, minha filha, é uma dificuldade que eu nunca vi. (ENTREVISTADA 6)

> **Ele (o patrão) que pagava as minhas medicações. Já o restante de antes do tratamento,** durante o tratamento, exames, eu tive que pagar no cartão, **parcelei em 12 vezes**. Aí a parte da medicação, que eu imaginei que era só fazer o exame, descobri o que era, beleza. Mas quando eu descobri que após isso, que eu tive um resultado, que a medicação era bem mais cara, eu tinha que tomar por um longo período, eu fiquei na dúvida, ou eu vou ou eu paro aqui. **Para eu não parar, eu tive que pedir um empréstimo para o meu patrão sim.** (ENTREVISTADA 7)

Para dedicação e acompanhamento adequado aos tratamentos, os deslocamentos também são salientados como uma problemática para as mulheres tentantes. Por vezes, a clínica, hospital ou maternidade que possui o profissional ou sistema direcionado para a situação, está em capitais ou em cidades mais distantes, o que provoca deslocamentos, ou até mesmo mudança de residência, como foi o caso da participante 5B, que relatou anteriormente que teve que mudar para São Paulo para ter um melhor acesso aos tratamentos. Outras participantes apontaram a mesma problemática, que podemos resumir sobre com esse relato:

> Eu também tive que ir para capital. **Eu moro no interior do meu estado. Tive que ir para capital, cerca de 7 horas de viagem.** [...] Onde moro, são poucas clínicas

> que tem. Aqui, só tem uma clínica, se você for procurar atendimento, é muito caro. Muito! Porque só tem uma, então ela não tem concorrente, então eles botam o preço que eles querem. Infelizmente eu tive que buscar na capital, porque lá tem mais clínica**.** Então, **eu ia de ônibus, descia na rodoviária, pegava o táxi, ia para a consulta, saia da consulta, pegava outro táxi ou Uber e ia para a rodoviária e vinha embora**. (PARTICIPANTE 4A)

A mulher além de ter as preocupações acerca dos cuidados para reprodução, ainda tem que se submeter ao transporte, que por vezes pode não ser dos mais confortáveis, para ter o alcance ao tratamento desejado. No caso da participante, o gasto com 4 conduções, de ida e volta, lhe comprometeu quase um dia inteiro para ter o atendimento compatível a sua circunstância. Entende-se a partir disso que os custos para a gravidez vão para além do tratamento. O deslocamento deve ser incluso nessa jornada, justamente por despender tempo e dinheiro para o acesso ao sistema adequado.

A partir do coletado, nota-se que o sistema de saúde em que a mulher tentante está inserida é um agravador de vulnerabilidade e não um causador. Na verdade, o momento transitório de tentativas até o bebê arco-íris é que propicia a situação vulnerável na qual está inserida (Commuri e Erici, 2008).

Outro ponto verificado com a observação não-participante, é que as mulheres tentantes tinham preferência em fazer o tratamento, para condições que possuíam, com medicações e até mesmo cirurgias. Embora fosse mais prolongado, essa preferência se deve ao fato de quererem evitar o tratamento para uma fertilização in vitro, por esse ser bastante dispendioso. Algumas, que conseguiram engravidar sem precisar recorrer a esse tratamento inclusive, demonstravam gratulação a situação.

> Felizmente eu não precisei de tratamentos mais caros ainda como FIV, mas para mim foi um esforço financeiro sim. Colocamos o tratamento como prioridade, gastamos muita coisa particular e economizamos em outras coisas para poder alcançar esse sonho. E **felizmente deu certo pois o mais angustiante era saber que estávamos gastando bastante e não havia nenhuma garantia de sucesso.** (PARTICIPANTE 5A)

Mas aquelas que estavam dispostas investir nesse tratamento, e já possuíam várias tentativas frustradas, recorriam a ele. Observou-se que essa opção não era cogitada porque era o melhor a se fazer, mas era a melhor saída para o bebê arco-íris. Embora fosse de conhecimento delas que o atendimento era mais especializado e direcionado para situação que viviam, notou-se que o investimento para esse tratamento poderia aumentar a vulnerabilidade percebida.

Esse situacional converge com o estudo de Hill (2008), que sinaliza sobre as reações negativas acerca da não obtenção de um bem ou serviço, ou até mesmo o acesso com restrições.

Nesse estudo vê-se em situações de pobreza, porém, acredita-se que na vertente de mulheres tentantes, essa restrição ao acesso à fertilização in vitro também pode ser algo para ser investigado com maior profundidade.

Cita-se a suscetibilidade das mulheres tentantes para a fertilização in vitro com o alto valor de investimento, a incerteza do procedimento, pois mesmo sendo realizado corretamente, não há garantias que a gravidez ocorra, e o possível atendimento mercantilizado, ou seja, preocupado com as formas de pagamento que a paciente possa a ter. O sistema pode vulnerabilizar ao ponto de provocar o sentimento de desistência de realização do sonho da gravidez. Entre os relatos abaixo, percebe-se o quanto as clínicas estão mais preocupadas se a paciente terá condições de pagar o tratamento, do que a condição que se encontram para ter o sonho concretizado:

> […] **eu fiz uma fertilização *in vitro*, eu acho que lá pesa muito a questão financeira, do valor dos procedimentos, eles valorizam muito essa questão, de você pagar por procedimento** e assim deixa a desejar, da abordagem, da humanização, apesar que você está pagando caro, não achei um atendimento assim tão bom como vocês pedem. Como você está pagando como serviço que é caro, fertilização é caro, eu acho que não estão preparados, principalmente por essa questão da humanização, de saber ouvir, de conversar, de ver a questão de como a mulher se sente, de uma perda. Cada menstruação que vem, a mulher sente, tem um sentimento de fracasso. Eu acho que os profissionais não estão preparados. (ENTREVISTADA 1)

> Eu não engravidei depois da segunda perda. Eu praticamente desisti, porque é um mercado que se você vai procurar uma fertilização *in vitro*, é um mercado. **Eu mesmo me desanimei porque o médico não estava preocupado com o meu problema, ele estava preocupado se eu tinha dinheiro para pagar os R$15.000,00 mil da fertilização**. E eu procurei dois especialistas bem renomados aqui em São Paulo. E as consultas foram todas particulares. Consultas de R$1.500 reais, quase R$2.000,00 reais. **E eu desisti, porque a preocupação deles não era se eu ia conseguir ou contar o meu estado mental, sei lá, fisiológico, a preocupação é se eu tinha como pagar.** (ENTREVISTADA 8)

> [...] **eles também não estão preparados para a gente, porque muitas vezes eles estão ali, saber como você é, o seu financeiro mesmo**, [...] eu busquei a fertilização, não era para fazer a fertilização, era para investigar. Para saber se tinham a possibilidade de engravidar de forma natural. E o que eu escutei lá foi "eu não vou dizer que é impossível, porque é impossível só para Deus", e eu engravidei logo em seguida, de forma natural, então, nem eles que lidam com isso todo dia, com pessoas, buscando, mas a gente é **visto realmente do lado financeiro e não pelo sonho.** (ENTREVISTADA 13)

Esse comportamento das clínicas de fertilização demonstra que também é necessário um atendimento treinado para realizar a prestação de serviços para o sujeito de pesquisa estudado. Mostra-se como um problema para ambas as partes. Para consumidora, que não tem o serviço pago executado da forma acordada, como para a prestadora de serviço, que sem se

preocupar com as especificidades, ou sem demonstrar os verdadeiros interesses, podem prejudicar uma condução de caso, até a sua própria reputação.

Esses relatos convergem com os achados de Dancet et al., (2011) e Mercier et al., (2020), que constatam sobre o serviço deficitário acerca do atendimento ofertado em clínicas de fertilidade, pela falta de sensibilidade e preparo de equipe médica e enfermaria. Nota-se a falha sobre a prestação de serviços nesse setor de fertilização, que intensificou a vulnerabilidade das consumidoras estudadas.

Em situações que a fertilização in vitro não dá resultados, a vulnerabilidade percebida exacerba-se. Por conta do alto investimento, sem a retorno esperado, as mulheres tentantes ficam suscetíveis a situações que se agravam pelo valor aplicado. No caso da entrevistada 1, ela investiu as economias dela e do marido para poder arcar com os custos do tratamento, mas findou engravidando por vias naturais. O bebê arco-íris veio, mas os valores investidos foram perdidos e ela acabou desenvolvendo ansiedade:

> **A gente utilizou nossas economias,** porque é bem caro a fertilização *in vitro*. No fim, **a gente engravidou nem foi da fertilização, foi natural depois.** A fertilização não deu certo e aí eu engravidei natural. Eu até quando eu voltei lá na clínica, disse 'doutor, me devolva meu dinheiro, você disse que eu não ia engravidar natural e eu engravidei', aí ele "você tem que agradecer", eu brincando 'mas eu quero meu dinheiro'. **Porque a gente teve um investimento alto**, que a gente gastou lá, foi uns **R$40.000,00 reais** no particular, porque não cobre por plano, era um tratamento que a gente sabe que é caro, fertilização, hormônio, aqueles hormônios da barriga, exames, que são uns exames bem específicos, que são caros. Eu fiz exame, que tipo um tipo de exame era R$2.000,00 reais, bem específico, que é para investigar algumas condições que alteram, **depois eu descobri que eu não tinha problema nenhum**, acredita? (ENTREVISTADA 1)

No caso da entrevistada 5, a fertilização in vitro também não deu certo. A médica responsável pela realização do procedimento não teve o cuidado em informar a paciente que estaria impossibilitada de fazer por conta de um problema de saúde. Por se tratar de uma clínica, também não realocou um profissional habilitado e substituto para fazer a inseminação, que seria necessário, pois se tratando de uma fertilização in vitro, a inseminação ocorre no momento que o folículo está compatível para o recebimento da inseminação, período para fazer esse procedimento é calculado antecipadamente e só pode ser feito no dia adequado.

O acompanhamento é feito por exames de ultrassom para ver a evolução. O momento correto da inseminação depende da eclosão do folículo. Se não for feito naquele dia, apenas em no outro ciclo compatível para inseminação. Se a entrevistada 5 não tivesse procurado a clínica no dia, o dinheiro do procedimento poderia ter sido perdido. Situações como essa são a exemplificação da mercantilização do tratamento para gravidez em clínicas de fertilização.

> **Meus recursos eram limitados, mesmo assim eu me organizei para juntar um dinheiro e fazer uma inseminação artificial com a doutora X.** A doutora fez todo o meu acompanhamento, marcou a data do procedimento, eu fiz todo um tratamento com medicação que induzia a ovulação, é um tratamento muito difícil para a mulher, porque mexe muito com nossa carga hormonal, com nosso sistema emocional, psicológico. Mexe muito com a gente. Então eu fiz todo esse tratamento, quando chegou na semana do procedimento, simplesmente que eu fui lá avisar que estava tudo ok. Me deu a intuição de ir e confirmar se estava certo para a data do dia tal. Na verdade, **a gente faz um acompanhamento** com ultrassons transvaginais **para ver a evolução dos folículos** para que ela **faça a inseminação exatamente no dia da eclosão do folículo**. Então eu fui levar esses exames, **quando eu chego na clínica dela, simplesmente ela não ia mais fazer o meu procedimento**. Ela tinha tido um derrame ocular. **Ninguém da equipe dela me avisou.** Ela não teve a preocupação de ver quem eram os pacientes que iam fazer esse procedimento para encaminhar para um outro profissional, e todo o meu investimento emocional e o meu investimento em dinheiro com a medicação que eu paguei, injeções que eu usei, com tudo? Foi um descaso! Eu saí de lá os prantos, eu fui chorando de lá até o estacionamento onde estava meu marido no carro. Desesperada que eu não sabia o que fazer porque **eu não tinha dinheiro para fazer um outro tratamento desse para esperar o mês seguinte. Eu fui atrás de uma outra clínica para fazer isso**, que de última hora, uma pessoa vendo a minha situação, ficou com pena de mim, a médica nem cobrou o serviço dela, só cobrou o procedimento da clínica. Mesmo assim, **eu estava tão abalada emocionalmente, isso interfere tanto, que eu nem gravidei.** Eu fiz o procedimento de inseminação artificial, mas não engravidei. **E eu perdi quase R$10.000,00 reais.** (ENTREVISTADA 5)

Percebe-se que a vulnerabilidade financeira também pode ocorrer na condução de diagnósticos errados. No caso da entrevistada 15, que antes de ser diagnosticada com trombofilia, passou por vários atendimentos, até mesmo um tratamento para condução de caso para uma incompatibilidade sanguínea, e iniciou um processo com injeções com o sangue do próprio marido para manutenção da gravidez, mas o ocorrido gerou gastos e demora ao diagnóstico correto. Até ter o seu bebê arco-íris, a entrevistada passou por 4 abortos ao total. No relato a seguir, explana-se o ocorrido:

> Para eu tentar descobrir esse problema que eu tinha, eu passei por vários médicos. Inclusive teve um que disse assim para mim, "não, você vai ter que fazer fertilização", assim, ele nem descobriu o meu problema e eu até comecei um tratamento de fertilização, ele disse que eu tinha que tomar umas vacinas e tudo, eu cheguei até a ter um custo. Tive que tomar umas vacinas porque é tipo assim, esse médico que eu fui particular aqui na minha cidade, ele disse que o problema estava na questão sanguínea. Dessa forma, **ele me receitou umas injeções, que as injeções eram feitas do sangue do meu marido**, pegava as injeções do sangue do meu marido, ou seja, **nesse procedimento eu gastei sim, eu tive o custo de R$5.000,00 reais.** Sendo **que não era, não tinha nada a ver** [...] eu gastei dinheiro com algo que não era o meu problema. **Tive custos maiores que o meu problema**. (ENTREVISTADA 15)

As vulnerabilidades financeiras das mulheres tentantes podem ser exacerbadas a depender do diagnóstico que a ela tiver e qual tipo de tratamento deve se submeter, se por cirurgia, injeções ou medicações. Os deslocamentos para esses tratamentos e como conseguir

o atendimento apropriado também se incluem nessas vulnerabilidades. Os parceiros igualmente podem estar vulneráveis para as condições de tratamento, porque o problema para a gravidez pode estar neles, o que acaba transferindo a responsabilidade, e por consequência, os anseios e medos para concretização da gestação. Para melhor representação desses assuntos, explana-se a seguir em tópicos.

4.1.4 Problemas de saúde e tipos de tratamento para engravidar

Como já relatado, as investigações no SUS para descobrir o motivo de uma perda gestacional ou neonatal só é iniciado após 3 perdas. Por conta disso, muitas mulheres recorrem ao atendimento particular para poder antecipar essa investigação. Além das vulnerabilidades de custos para deslocamento, serviço e suporte durante o período tentante, a mulher pode ainda ter que passar pela dor da perda sequenciada, para então obter uma investigação justa para a condição de saúde que propicia as perdas. Isso é motivo de consternação entre as participantes e entrevistadas:

> **Eu tinha que ter tido 3 perdas e aí engravidado a quarta vez é que eles começariam a investigar**. E assim, eu achei um absurdo, né? Falei assim, poxa, **eu já tive 2 perdas** e os médicos não querem investigar as causas. **Querem esperar eu perder mais?** (PARTICIPANTE 5A)
>
> **Eu acho um absurdo os médicos julgarem "normal" só investigar a fertilidade da mulher após 3 perdas, como se perder bebê fosse normal**. (PARTICIPANTE 5B)
>
> [...] só a partir de três percas que o SUS começa a investigação por trombofilia. Por isso que a gente investiu dinheiro, e fez no particular, por que a gente ficou indignado na questão de como assim? **Eu preciso perder 3 bebês para investigar uma doença?** Que a partir da primeira perca gestacional a gente já pode investigar. (ENTREVISTADA 14)

Diante disso, a depender da condição de saúde que a tentante tiver, os tipos de tratamento podem ser mais demorados ou mais dispendiosos. Como posteriormente levantado pela entrevistada 14, em casos de trombofilia, pode haver o fator genético como motivo da doença, ou adquirido, pela soma de outros fatores, o que demanda investigação e tratamento, logo porque é um distúrbio sem cura. Para mulheres que desejam engravidar e possuem trombofilia, o diagnóstico deve ser feito previamente, para que o tratamento ocorra antes da gestação. O relato da entrevistada 15 demonstra essa situação:

> [...] ao todo eu tive 4 abortos. Todos foram bem no começo da gestação. Uma, o máximo que durou foi 10 semanas. Como eu já tive várias perdas, a última perda que eu tive, eu me frustrei bastante e eu comecei a pesquisar sobre médicos, que tinham referência aqui no meu estado. E assim encontrei o doutor X. [...] Quando eu fui nele, que eu contei o meu problema, ele disse, "não, a gente precisa investigar". Nenhum outro médico particular que eu fui mesmo contando tudo que eu tinha passado, nenhum teve essa palavra de investigação, entendeu? Ele pegou, me encaminhou para um hematologista [..] Fui com ele e ele fez todos os exames. **Ele pegou e descobriu que eu tinha um problema de trombofilia.** Quando eu levei os exames para o doutor X, ele disse "é, **você não tem problema em engravidar, o seu problema é de manter a gravidez, então a sua trombofilia que faz com que você não segure a gravidez", então você tomando essas injeções, essas injeções durante a gravidez, você vai conseguir ter o seu filho"**. (ENTREVISTADA 15)

A sinalização pelo médico acerca dos motivos que faziam as perdas de repetição ocorrerem, fez com que a entrevistada 15 aceitasse melhor os abortos sofridos anteriormente e condicionaram um tratamento mais efetivo. Ela conseguiu ter seu bebê arco-íris e chegou depois a engravidar novamente, mas por não ter tido o conhecimento prévio que estava grávida, acabou perdendo. Consciente do seu diagnóstico, ou seja, por ter a informação completa sobre o tratamento, ela não lamentou a última perda, porque sabia que para a gravidez ter dado certo, teria que ter tomado as injeções necessárias para manutenção da gravidez.

A partir disso, interpreta-se que quando a mulher tem entendimento sobre as condições que a levaram a perder o bebê, e a informação correta sobre sua condição de saúde, ela pode ter a possibilidade de encarar de forma mais assertiva sobre o diagnóstico e encarar de forma menos dolorida uma perda. Sabendo disso, a vulnerabilidade fica a cargo das burocracias e despesas ao tratamento. Tanto a entrevistada 9, como a entrevistada 15, tem o diagnóstico da trombofilia. Ambas tiveram que passar por trâmites para ter a medicação gratuita. A entrevistada 15 após conseguir ainda chegou a ficar sem o medicamento pelo SUS e teve que custar o medicamento por fora. A seguir os relatos sobre essas situações:

> [...] como e**u tenho trombofilia, eu precisei tomar algumas injeções**, inclusive a gente recebe pelo governo, mas **até eu conseguir**, porque é um processo bem complicado, **eu precisei ficar comprando essas injeções e são bem caras.** Porque é bem complexo. Pede muito papel, pede muita comprovação, muita coisa. E como meu problema, e**u precisava tomar essas injeções todos os dias, eu não poderia ficar esperando que fosse aprovado lá na farmácia**, na farmácia popular, que é onde eu comecei a receber, eu não tinha como esperar, no caso dessa burocracia. [...] injeção que tem que tomar diariamente. Ela vem 10 dentro de uma caixa, se eu não me engano, e é R$500,00 reais e pouco e tem que tomar todos os dias. (ENTREVISTADA 9)

> [...] para trombofilia em si, o doutor X me passou Clexane (Medicamento em forma de injeção para tratamento de trombose venosa profunda), que é a medicação que a gente toma. Inclusive, ela é bastante cara. Só que ele disse assim, "Susanny, você tem a opção de eu te dar receita para você tirar pelo SUS". **Na época que eu estava grávida, eu passei 4 meses comprando ainda, porque no SUS estava em falta. Teve falta no SUS.** Depois disso eu consegui, e **na época que eu engravidei por**

> **mês, era R$1.500,00 reais** que eu gastava só de Clexane, **mensal,** na época de 2019. Então assim, uma pessoa que não tem condição para ela ter R$1.500,00 para comprar de vacina, sendo que o sistema de saúde (SUS) não tinha disponível, então é complicado. **Eu passei 4 meses ainda tirando do meu bolso para comprar medicação particular, depois disso eu consegui pelo SUS**. Você faz um cadastro lá no SUS, na data certa eles te dão uma medicação para 30 dias, aí você vai e volta. Cada 30 dias você vai e volta. E depois que eu tive meu filho, eu ainda tive que tomar 40 dias ainda essa injeção. Porque assim, você corre o risco de trombofilia. (ENTREVISTADA 15)

A entrevistada 14 que deu início às investigações para saber se tinha trombofilia, relatou que caso esse tratamento seja feito pelo SUS a possibilidade de investigação pode ser mais demorada. Somado o fator das 3 perdas para o início da investigação, há a questão das medicações complementares ao tratamento. Por ser dependente da renda do marido para prosseguir no sonho de ser mãe, ela relata os altos gastos de farmácia, o investimento de dinheiro reserva para o diagnóstico correto e exames que nem todos são disponibilizadas pelo sistema público:

> A gente sentiu muito mais, não tanto nos exames, mas **o que a gente sentia mais mesmo era a questão da farmácia. A gente gastava muito na farmácia. A gente ainda gasta!** A gente tem um gasto de farmácia com medicamentos voltados para mim, de vitaminas e medicamentos que eu preciso tomar, somente na questão das tentativas, não colocamos os medicamentos porque eu faço tratamento da questão psicológica, da depressão, **mas só das tentativas por mês, a gente gasta em torno de R$320, R$330 reais de medicação.** Só com as vitaminas que eu preciso repor, para uma futura gravidez. Então isso pesou muito, porque é 300 e poucos reais que tu tem que tirar todo mês ali, e a gente pode dizer assim, que a gente conseguiu muitas coisas. Realizar muitos exames. Por conta das reservas, que meu marido tinha antes de casar, eu também comecei a trabalhar com 17 anos, então eu tinha uma poupança. A gente tinha um dinheiro reservado, por isso que a gente conseguiu pagar muitas coisas, mas **inclusive aquilo que eu tinha guardado, a gente não tem mais.** O que eu tinha guardado desde os meus 17 anos trabalhando, até ali, o momento em que eu pedi demissão, eu já não tenho mais esse dinheiro em poupança. **Foi tudo investido**. Meu marido também, ele gastou um bom dinheiro. E muitas coisas também aconteceram, pela ajuda do dos meus pais, pela ajuda dos meus sogros. Eles nos ajudaram muitas vezes, ainda ajudam. Realmente a questão financeira é algo que pesa muito. (ENTREVISTADA 14)

Observa-se a partir dos relatos compartilhados como a dependência do sistema, mesmo tendo condições de financiar de forma particular, pode vulnerabilizar a jornada da mulher tentante mesmo ela tendo acesso a todas as ferramentas disponíveis para o tratamento. E quando não tem, o sistema público pode prejudicar devido a obrigação de 3 perdas para investigar e ter um diagnóstico. Verifica-se assim que a depender do tipo de diagnose que mulher tenha, e o tipo de sistema em que ela está sendo atendida, a sua vulnerabilidade percebida pode ser aumentada.

Outra condição citada que prejudica a gravidez das mulheres tentantes é a do Ovários Policísticos, a SOP. Ao contrário da trombofilia, em que a mulher consegue engravidar, mas possui dificuldades para manter a gravidez, a SOP dificulta a gravidez em si, pois um dos seus tratamentos é justamente a ingestão da pílula anticoncepcional. Nesses casos as mulheres entrevistadas e participantes, relataram que é comum o uso de indutores de ovulação, reguladores hormonais e medicamentos para redução de insulina no sangue.

Uma das consequências da doença em questão é a obesidade, por conta disso, o tratamento tende ser formado pela soma dos medicamentos e vitaminas, junto com a mudança de estilo de vida, como o início de atividades físicas e o aumento de ingestão de alimentos saudáveis. A vulnerabilidade que acerca essa doença para a gravidez está no longo tratamento. Por conta disso, muitas das tentantes acabam recorrendo para a fertilização *in vitro*. Algumas relataram até 5 anos de tratamento até ter a confirmação da primeira gravidez. Os relatos abaixo trazem isso:

> **Eu tinha ovário policístico, então ele começa o tratamento com outros procedimentos.** O que foi que aconteceu comigo, foi que ele tentou induzir a ovulação, **eu tomava o medicamento para induzir a ovulação, e fazia exames para ver se estava ovulando** Então, justamente por um certo vínculo profissional, da pessoa com quem eu era casada na época com o médico, às vezes tinha uma facilidade, porque às vezes ele me dava o remédio, porque **ele tentou muitas estratégias para ver se eu engravidava de uma maneira, digamos assim, mais natural antes de partir para fertilização**, mas o que aconteceu, meus ovários aumentaram, os óvulos cresceram no ovário, mas eu não ovulei, então eu não engravidei. Nesse processo de tentar, eu parei, porque precisava me preparar para poder fazer a tentativa da fertilização. E quando eu estava me preparando para esse processo, que você sabe que não é barato ainda hoje, não é barato, quando eu estava me preparando para essa tentativa, porque você vai gastar bastante dinheiro, mas você não tem certeza se vai dar certo, eu engravidei naturalmente pela segunda vez. **A primeira vez eu já tinha perdido.** Foi bem no começo do casamento e **quando eu engravidei a segunda vez eu perdi o bebê**. [...] Eu tive que ir para uma outra maternidade. Tudo isso começou a mexer comigo e eu entrei em depressão muito grave, muito séria.[...] Acho que é bastante tempo. Durante um tempo, depois da primeira perda, eu realmente não queria, digamos assim, 1/2 anos. **Depois eu comecei a tentar. Não funcionou de jeito nenhum, nem naturalmente, nem com a ajuda do médico. Acho que mais ou menos uns 4 a 5 anos que eu fiquei tentando engravidar**.(ENTREVISTADA 3)

> [...] **eu tenho síndrome do ovário policístico (SOP)**, e a doutora falou que várias questões que eu não sabia, que eu não tinha conhecimento. [...] desde quando eu comecei a namorar meu marido, a gente já tinha decidido que queria ter um filho, mesmo a gente só namorando. E **eu não engravidava e eu não entendia o motivo**. E eu fui, **depois de quase 2 anos, que eu fui procurar um profissional da área mesmo, para eu começar a fazer tratamento, investigar,** e consequentemente um tratamento. **E eu entendi que eu tinha SOP**, por isso que eu tinha um sobrepeso, **eu precisava me esforçar mais que as outras.** Eu tinha que emagrecer e **eu tenho dificuldade de emagrecer justamente pelo descontrole hormonal no meu organismo**, então eu comecei a tentar fazer uma reeducação alimentar. (ENTREVISTADA 5)

Nota-se que a vulnerabilidade percebida esteja envolta dos longos tratamentos, e as dificuldades que a doença trás, de mudança de vida e uso de medicamentos contínuos. A busca pelo bebê arco-íris acaba sendo adiada devido a atenção necessária para o diagnóstico. A possibilidade da fertilização *in vitro* é levantada para ambas entrevistadas e mostram-se como uma última via, quando as outras alternativas não foram possíveis. A entrevistada 3 conseguiu duas gravidezes após as perdas e o longo tratamento, e a entrevistada 5 chegou a recorrer a fertilização *in vitro*, mas conseguiu após o tratamento, engravidando naturalmente.

Por último, outra enfermidade relatada entre as entrevistadas e participantes, que indicam uma vulnerabilidade por conta da infertilidade ou doença, é a incompatibilidade do fator de RH entre os parceiros. A eritroblastose fetal ou neonatal, como é cientificamente chamada, pode causar anemia na mulher e precisa ser examinada periodicamente para detectar os sinais.

Como o próprio nome sinaliza, a mulher pode perder o bebê com até 21 semanas de gestação, ou seja, uma perda fetal, ou após 22 semanas de gestação até 29 dias de vida. A vulnerabilidade percebida está na demora de diagnóstico correto acerca dessa condição e a ansiedade causada pela incerteza do nascimento da criança. Especialistas em reprodução humana são recomendados para o tratamento nesses diagnósticos. A seguir as entrevistadas 7 e 17 relatam as suas condições. A primeira chegou a ter o seu bebê arco-íris e a segunda estava grávida quando cedeu a entrevista:

> **O meu caso mesmo foi a questão do cruzamento do sangue meu e do meu esposo**, e a partir de coagulação de sangue. [...] A primeira gravidez, a médica falou que é normal a pessoa perder. Já a segunda não foi normal. **Ela pediu para eu procurar um reprodutor humano e eu procurei um**, mas eu procurei um, não que ela me que ela me indicasse. Ela me indicou um, mas eu não fui. Então, depois que eu fui descobrir, **depois da terceira gravidez. Que eu perdi e eu descobri o que de fato eu tinha**. Porque esse outro médico, que trabalha com reprodução humana, é conceituado na cidade, no estado, onde eu descobri o quê que de fato eu tinha. E aí o meu caso não é reversível. E daí eu comecei a tomar as medicações e deu tudo certo. (ENTREVISTADA 7)

> Eu acho ainda muito vago. No meu caso, por mais que tenha sido particular, não teve aquela averiguação. Não foram atrás para saber o que foi, **só falaram que o bebê teve uma má formação e meu corpo rejeitou**. De início, foi só isso que me falaram, então eu fui tentando, tentando... **nessa gravidez, agora que descobri, o motivo pelo qual eu perdi**. [...] Meu sangue é O-, que teve conflito com o sangue do meu bebê, do primeiro, que é O+, e **o sangue do meu marido também é O+**. **Então o meu sendo O-, ele tem esse conflito**, sendo que agora nessa gestação, a gente descobriu isso. A minha médica, que está me acompanhando agora, **ela me passou uma injeção que eu tomo todos os dias**, que é a Enoxoparina, que ajuda nos meus anticorpos, do sangue negativo. Os meus anticorpos, ele é muito forte, então qualquer ser, qualquer coisa que estranha que detecte no meu corpo, ele quer expulsar, então, no caso, o bebê é isso, e a Enoxoparina que eu tomo é para isso, **combater os meus anticorpos não destruir o meu bebê**.[P SEP](ENTREVISTADA 17)

Por ser uma condição médica comum, muitas vezes nos atendimentos não há a sinalização do motivo que causou a perda. Nos dois relatos, as mães indicam que só tiveram o conhecimento do diagnóstico exato a partir da terceira gravidez. É importante destacar que com o conhecimento prévio dessa condição de saúde, as entrevistadas poderiam ter tido um condicionamento melhor para lidar com a situação e não terem sofrido com as outras perdas.

Demoras ou erros no diagnóstico podem causar atraso na gravidez do bebê arco-íris, prejudicar o financeiro dessas mulheres tentantes, provocar transtorno em atendimentos através de exames de repetição e possíveis curetagens, além do aumento de vulnerabilidade das pacientes a cada perda sofrida. Se faz necessário um olhar mais objetivo para solução desses problemas para que haja maior humanização dos atendimentos e uma possível diminuição de relatos como esses.

Possivelmente já exista um procedimento normalizado para atendimentos nesses casos, mas percebe-se que a prática é falha. O relato da entrevistada 10 sinaliza isso. No caso, ela soube do seu diagnóstico de alteração na tireoide após um diagnóstico errado de endometriose:

> Conversando com esse meu primo, ele disse, "não, vamos atrás de profissionais para saber o que que está acontecendo, porque não é normal ter tantas perdas assim, num intervalo muito curto", **foi quando eu procurei a especialista em reprodução humana**, foi passado uma batalha de exames, fiz todos os exames, todos normais. Foi quando eu **fiz uma histeroscopia** (exame que detalha o interior do útero) e **acusou que eu tinha endometriose**. Só que o problema até então não era isso, porque se fosse a endometriose, eu não estaria conseguindo engravidar, e eu estava conseguindo engravidar, fazendo outros exames, **foi o que ela constatou, que o problema era na minha tireoide**. E a gente começou a fazer o tratamento, eu comecei a acompanhamento com a endócrino, e com ela, essa especialista. (ENTREVISTADA 10)

Entende-se que o fator humano nesses diagnósticos deve ser considerado, pois pode ser falho. Não se deve obrigar ao atendente, no caso o médico, que a assertividade sobre as condições de saúde das pacientes sempre será conclusiva, por isso, a palavra investigação em casos como das mulheres tentantes são tão importantes, pois para se ter o melhor diagnóstico, observa-se que nas situações em que a paciente tinha entendimento e informações sobre os causos que lhe acercavam, as reações a investigação e tratamento era menos vulnerabilizada. Diante disso, sugere-se que haja uma preocupação mais fundamentada na prática a essas pacientes, para que o caminho até o diagnóstico seja mais humano e elucidativo.

4.1.5 Infertilidade dos parceiros

Embora o estudo foque nas vulnerabilidades enfrentadas pelas mulheres que estão tentando engravidar, é importante salientar que por vezes a infertilidade está relacionada aos parceiros. Antes mesmo de ter a informação sobre as causas que dificultam a gravidez, a mulher já tem sofrido uma ou mais perdas, o que pode acentuar a suscetibilidade da situação. Observa-se que a carga sobre a infertilidade incide nas mulheres e a cobrança para gravidez não transparece da mesma forma para os homens.

A forma de investigação para os homens é diferente para as mulheres. Enquanto tentantes têm que passar pela perda 3 vezes para então dar o início a uma investigação, os médicos recomendam para os homens que após um ano de tentativas, eles iniciem os procedimentos de verificação. E mesmo que ele já saiba o diagnóstico da mulher e da probabilidade que a infertilidade seja da sua parte, os médicos podem sugerir a espera. Como foi o caso da entrevistada 12, relatado abaixo:

> Para mulher, é boa, para mulher é boa. **Para o homem que não tem**. Porque não é só um, são os 2, 50% de um e 50% de outro, porque assim, a começar pelo médico, quando **a gente decidiu tentar**, e**u fui para a médica, meu marido foi para o urologista**, aí chegou lá falou "não, por que vim aqui para ver, que a gente vai engravidar", e ele, "estão tentando há quanto tempo?", aí ele disse, "não, a gente vai começar a tentar", "não, só **quando você estiver tentando um ano que não conseguir, que você vem**", aí eu já tinha instruído ele, que disse, pelo amor de Deus, ele não queria passar nada. **Depois de muito aperrear, passou espermograma,** e a dosagem, de vitaminas e hormônios, mas é muito precário, porque depois a mulher que... Principalmente psicologicamente, porque é **quem sofre e quem mais leva a culpa de tudo.** (ENTREVISTADA 12)

Nota-se que a chegada de um filho envolve um planejamento familiar, devido as influências de consumo que uma criança agrega, as cobranças acerca da efetividade da gravidez por vezes refletem na mulher, ao ponto de criar uma resistência do companheiro em se tratar e buscar informações sobre a fertilidade do casal. Observa-se nessa situação que o homem não espera que a infertilidade esteja com ele.

Sugere-se que há um machismo nessa situação, pois pode haver uma transferência da responsabilidade da concepção apenas para mulher, por ser ela quem gera a criança. Nessa possibilidade, a associação é equivocada, posto que a reprodução é responsabilidade dos dois. A relutância em se consultar e investigar a sua condição, pode gerar o aumento de despesas, pois a mulher poderá continuar gastando em tratamentos e exames, e pode aumentar a vulnerabilidade acerca das percas, incapacidade de reprodução e demora ao tratamento. Devido

a circunstância levantada, verifica-se no relato da entrevistada 1 como a resistência do homem pode ser prejudicial para as tentativas:

> [...] **descobri que meu esposo também tinha uma dificuldade**. **Ele fez até uma cirurgia para corrigir.** Influenciou assim a questão de procurar o especialista. Eu passei para o ginecologista e aí ele influenciou que eu levasse o meu esposo também. **Porque muitas vezes a mulher acha que o problema é só com ela, as vezes é dos dois.** No meu caso, meu marido tinha um problema também, **se o meu ginecologista não tivesse falado para levar o meu esposo também no médico**, primeiro no urologista e depois no especialista em genética de reprodução, eu nunca que eu iria, a**cho que eu mesmo não conseguiria, ter engravidado** porque o homem sabe como é, ele não vai para médico. Mesmo assim, ainda foi uma luta, pra convencer ele a ir, e quando ele foi, ele fez o exame, viu que **ele tinha uma quantidade menor de espermatozoides, teve que fazer um tratamento para a gente conseguir.** (ENTREVISTADA 1)

No caso da entrevistada 1, foi necessário recorrer a uma fertilização *in vitro* para que ela conseguisse a tão sonhada gravidez. Ela acabou desenvolvendo ansiedade por conta das tentativas frustradas, mas durante o seu tratamento para tentar descobrir o motivo acerca da infertilidade, constatou-se depois de anos de investigação, e por consequência anos de gastos e investimentos, que o problema estava no marido, que até então não tinha sido direcionado ou cobrado para busca de um tratamento.

Houve uma alta despesa para o tratamento da mulher que poderia ter sido diminuída, logo porque houve a constatação que ela não tinha nada. Após o gasto com a fertilização *in vitro* e cirurgia do marido, a entrevistada 1 engravidou naturalmente:

> [...] **a gente teve um investimento alto**, que a gente gastou lá, **foi uns R$40.000,00 reais no particular**, porque não cobre por plano, era um tratamento que a gente sabe que é caro, fertilização, hormônio, aqueles hormônios da barriga, exames, que são uns exames bem específicos, que são caros. Eu fiz exame, que um tipo de **exame era R$2.000,00 reais**, bem específico, que é para investigar algumas condições que alteram, **depois eu descobri que eu não tinha problema nenhum, acredita?** Depois que eu fiz esses exames, eu descobri que eu não tinha problema nenhum. **Meu marido, ele tinha uma redução de espermatozoide e ele fez uma cirurgia de varicocele e corrigiu o problema, mas eu descobri que eu, em si, não tinha problema fisiológico pra engravidar** O meu problema maior era a ansiedade e aí foi isso que impactou financeiramente. **A gente gastou fazendo esse tratamento, que depois, olhando com calma, nem precisaria ter sido feito** porque eu fiz a fertilização e não engravidei, engravidei natural depois. (ENTREVISTADA 1)

Entende-se a partir dos relatos nesse tópico que a depender da condição de saúde que a mulher tenha, as tentativas de gravidez podem ser mais suscetíveis a vulnerabilidade. Por consequência, o consumo é prejudicado, com maior tempo para o tratamento, maior passividade a gastos desnecessários e sujeito a atendimentos não favoráveis a situação vivida. A partir do próximo tópico, verifica-se como os serviços prestados durante a perda que podem aumentar a vulnerabilidade de consumo das mulheres tentantes ao bebê arco-íris.

4.1.6 Serviços Prestados durante a Perda

Observou-se pelas narrativas apresentadas pelas entrevistadas e participantes, que os serviços prestados antes, durante e logo após a perda podem exacerbar a condição vulnerável da mulher tentante e ser catalizador para suscetibilidades que ela possa a vir a ter daquele momento em diante. Pelos relatos observa-se a falta de empatia e comunicação adequada por parte dos profissionais, carência de recursos nos hospitais e maternidades de atendimento e além da ausência de suporte psicológico, como visto nos relatos abaixo:

> O que mais me marcou foi como fui atendida na maternidade no dia da minha perda gestacional, o médico foi muito grosso comigo, sai aos prantos do hospital, me humilhou, isso porque é um médico que renome na maternidade da minha cidade. **Me senti um lixo, mais do que eu já estava me sentindo com a perda**. **Ele** simplesmente **me falou** que era pra eu parar de falar que tinha perdido o meu bebê, porque era um feto, não um filho, e se depois de 2 anos tentando engravidar eu não podia segurar uma gravidez, **talvez não fosse um bom plano eu ser mãe mesmo.** (PARTICIPANTE 2B)

> Em 2019 tive uma GE (Gravidez Ectópica), e não sabia o que era até ter, estava fazendo a transvaginal para confirmar a GE e **o médico foi super grosso comigo**, no momento que eu estava mais fragilizada, perguntei o que aconteceria com o bebê e e**le disse: não tem mais bebê.** Isso mexeu muito comigo [...] quando fiz a cirurgia para tirar a trompa, **uma enfermeira** que estava me levando para o primeiro banho, falei com ela que estava me sentindo tonta e enjoada, **ela disse que se eu fosse desmaiar ou vomitar que era para avisá-la que iria me soltar.** (PARTICIPANTE 4B)

> **A primeira vez que eu fui para a maternidade, eu já estava perdendo o bebê**. Eu estava sofrendo muito e ela, **a médica**, fez um exame para ver o colo do útero e **ela disse que o colo estava fechado, então estava tudo bem**. E na verdade, **eu descobri depois que mesmo com o colo do útero fechado, você pode perder um bebê**. Se ela tivesse sido um pouquinho mais cuidadosa naquele dia, naquela sexta-feira, ela já tinha me dito que eu tinha perdido o bebê e eu não teria passado o final de semana, me sentindo mal para fazer um ultrassom na segunda-feir**a para saber que tinha perdido o bebê e o colo do útero continuava fechado.** (ENTREVISTADA 3)

Nota-se quão desmotivador pode ser um serviço de saúde prestado em um momento tão delicado, sem a preocupação com a condição de saúde das pacientes. O consumo para se ter um filho pode ser postergado a partir de experiências semelhantes a essa, além de colaborar para desenvolvimento de traumas. Faz-se necessário compreender as vivências dessas mulheres e identificar as áreas críticas que precisam de melhorias, a fim de disponibilizar serviços de saúde humanizados e eficazes.

Durante as entrevistas e grupos focais, outro ponto relatado é sobre a coabitação de mulheres que estão em momento de perda com aquelas que estão dando à luz. Seja no momento da triagem ou após um procedimento de AMIU (Aspiração Manual Intrauterina) ou curetagem

(raspagem do útero), os depoimentos demonstram um problema crítico nos ambientes hospitalares.

A exposição da mulher em momento luto com o nascimento de outros bebês pode exacerbar sentimentos como tristeza, frustração e vergonha, além da possibilidade de colaborar com a vulnerabilidade de consumo delas, com tomadas de decisão potencialmente prejudiciais.

> Na minha primeira gestação, eu tive um período de emergência porque eu fiquei em repouso, devido alguns sangramentos e a única unidade de pronto atendimento, a emergência obstétrica que a gente tinha na época, que é 8 anos atrás, era um Hospital Municipal. **Quando eu cheguei lá para ser atendida, tudo sujo, muita fila, nenhum apoio, nenhum conforto,** a mãe ansiosa, com um sangramento, "não espera ai", com um médico grosso lá na hora que falou, "não tem o que fazer não, a gente não pode fazer um ultrassom aqui agora", enfim, por conta eu peguei a requisição só com o médico e fui. A requisição pelo plano. Hoje, acho que a gente já tem mais um hospital, mesmo assim é muita espera, pouco acolhimento durante o processo de AMIU que eu fiz lá de aborto, por exemplo, em 2018, **a ala da maternidade é a mesma ala de quem está fazendo qualquer que seja a curetagem, AMIU ou até mesmo que quem teve a perda**. Então a gente inclusive estava chegando no hospital para fazer o procedimento, a AMIU e **um amigo nosso estava saindo do nascimento do sobrinho. "Eita, coisa boa, já vai nascer o filho de você?" e a gente 'não, não vai'**. (ENTREVISTADA 2)
>
> Esse foi o segundo momento, precisei fazer uma AMIU, **quando cheguei no quarto tinha um berço e no quarto ao lado, um bebê chorando**. (PARTICIPANTE 5B)
>
> [...] quando eu fui fazer a minha segunda curetagem, tinha uma mulher que estava lá para ter o filho dela. **Nos colocaram no mesmo quarto**. **Enquanto eu estava lá sozinha, encolhida, chorando, esperando começar o sangramento** que eu já tinha colocado os comprimidos da minha vagina, esperando o sangramento ficar no ponto certo para eles fazerem a curetagem e desmanchar meu filho, que é aquele remédio que eles colocam para desmanchar o feto, **tinha uma mulher superfeliz e ansiosa com o esposo dela, porque eles já iam ter o bebê deles**. **Para mim foi uma agressão.** (ENTREVISTADA 5)

Existe o projeto de lei 6244/2016 aprovado, proposto pelo ex-deputado federal Rômulo Gouveia, em complementar a Lei 8.080 de 1990, que estabelece a designação de locais de internação diferente das demais puérperas para mulheres cuja gravidez resultou em um aborto, morte feral ou perinatal (Câmara dos Deputados, 2024). A ementa ainda está em trâmites conclusivos e a sua última movimentação, até a análise dessa pesquisa, foi em 06 de fevereiro de 2024, em que a proposta estava aguardando designação de relator na Comissão de Saúde (CSAUDE).

Embora ainda aguarde execução, a proposta já garante que seja direcionado o local separado para mulheres que perderam os seus filhos daquelas puérperas que estão a cuidar dos seus bebês recém-nascidos. A Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher, responsável pelo despacho do projeto de lei, entende que essas mulheres podem ter o sofrimento agravado por

terem que agravar o luto por serem expostas a situação apontada anteriormente. Embora importante, nota-se a falta de celeridade na aprovação definitiva dessa norma.

Sem a obrigatoriedade da execução, as mulheres que dependem dessa prestação de serviço podem estar propícias a intensificação de um consumo desprotegido. É importante salientar que por vezes as tentantes sofrem perdas sequenciadas, e observa-se que elas utilizam de gastos com quartos separados, atendimento individualizados com médicos e reprodutores, como forma de amenizar a dor de uma possível perda ou de um possível atendimento hostil. Vê-se também que esse consumo se mostra mais direto e menos sofrível, mas que é um privilégio para poucas.

> [...] eu sabia que se eu fosse para o convênio, eu não teria a mesma assistência nos hospitais para parto ou qualquer tipo de assistência de urgência. Então, mesmo havendo convênio, **se minha última gravidez, ela tivesse mantido, eu ia pagar meu quarto. Eu também não queria passar por um processo, de chegar na urgência o médico que tivesse me atendesse, porque eu sei que eles estão extremamente brutos**. (ENTREVISTADA 13)

> [...] No mesmo quarto não, no mesmo espaço de recuperação, porque cada uma fica num quarto separado. O **meu eu paguei por fora para eu ter um local maior, mais espaçoso para mim, poder estar em paz. Minha família está ali comigo.** Mas na logo após da cirurgia, no pós-cirúrgico, a sala de recuperação é a mesma para todo mundo. (ENTREVISTADA 5)

Essa exposição a situações traumáticas pode condicionar as mulheres tentantes a consumos mais precavidos e direcionados a individualidades delas. Essa restrição ao acesso de certos atendimentos também contribui ao mercado envolvido, pois pode proporcionar uma seleção, além da mercantilização do serviço prestado. Essa situação sublinha uma carência para cuidados mais compassivos, com informações mais precisas e abrangentes para mulheres tentantes. A entrevistada 5 levanta esse ponto na sua fala, direcionando a necessidade de um programa voltado para a vivência dessas mulheres:

> **Deviam ter investimentos que pudessem somar com essas mulheres.** E eu não me refiro nem a mulheres que têm o mínimo de privilégio, como eu, de ter pelo menos um plano de saúde. E quantas outras não têm e vão de qualquer jeito para essas maternidades que lá tem um bando de cavalos, para recebê-las? Tinha que ser um programa de acolhimento. **Tinha que ter um programa de acolhimento.** (ENTREVISTADA 5)

O trauma vivenciado por esse sujeito sinaliza a possibilidade de problemas duradouros que pode influenciar no seu consumo a longo prazo. Relatos sobre a condução dos atendimentos, das informações incertas sobre o diagnóstico ou da ausência de esclarecimentos, sinalizam a probabilidade de interferência no consumo. A dor da perda pode ser revivida em

situações individuais que independem do tempo ou condição. Os relatos abaixo demostram o relatado:

> Eu não conseguia atendimento com o profissional que me acompanhava. Eu acabei indo para o São Marcos falar com a minha antiga ginecologista, **quando ela me examinou, ela já puxou o resto de bebê ainda**. Eu tive que fazer uma segunda curetagem nas pressas. Eu fui na maternidade, sem médicos que eu conhecia e o médico que me atendeu, ele era muito falado que era bom, que era tal, mas eu estava muito abalada emocionalmente, e ele não foi gentil na conduta. (ENTREVISTADA 3)

> Essa segunda foi muito traumatizante, os médicos não sabiam dizer por que que tinha subido, a perda foi no começo, não deu para fazer a primeiro ultrassom para saber onde o bebê estava, então de repente, **os médicos começaram a achar que esse bebê tinha ficado no ovário e que o tecido embrionário estava crescendo**. Primeiro queriam me deixar internada, mas não tinha... O memograma estava normal, eu não estava com cólica para me deixar internada, então o hospital nunca que ia aceitar. **Tocaram o terror dizendo que meu ovário podia estourar, eu podia morrer se não fosse assistida... Então foi muito traumatizante o pós aborto**, não até o aborto, porque foi uma questão muito assim... **Depois disso eu precisei me afastar de tudo que estava na minha rotina nesse período**, eu estava rezando o terço, minha fé estava continua intacta, não mal disse Deus, nem dada, mas eu precisei me afastar do terço. Tudo que era da minha rotina, naquele período, eu dei um tempo nas acupunturas, tudo que era da rotina, **que de certa forma era do bebê, tinha alguma coisa a ver, eu precisei me afastar** porque o pós... **foi traumatizante**. (ENTREVISTADA 12)

No caso da entrevistada 12, verifica-se que após o trauma sofrido em atendimento sobre a inconsistência de informações sobre sua condição pós-aborto, fez com que houvesse um distanciamento de consumos que patronizavam sua rotina. Vê-se a deficiência na prestação de informações e a falta de preparo para lidar com o emocional das consumidoras desse serviço (Kresnye et al., 2020, Keep, 2021). A influência negativa do atendimento foi tão notória que se percebeu a interferência na rotina da entrevistada.

As perdas anteriores são capazes de direcionar também a um consumo imediatista e desesperado, com receio de rememorar situações já passadas. Mesmo tendo conseguido mais uma gravidez, a entrevistada 10 relatou que no momento que soube que estava grávida, em vez de ter pensamentos de alegria e contentamento, o esperado para o seu sonho de vida, direcionou suas aflições para conseguir de imediato um atendimento favorável à sua condição, com medo de passar novamente por uma perda:

> Eu já vinha suspeitando e eu estava me cuidando mais, estava na academia fazendo dieta e tudo. Eu falei para minha cunhada, ela disse para eu fazer o teste. Eu disse, 'não, não vou fazer teste, porque todo mês que eu faço não dá, eu vou deixar mais uns dias'. Já estava com mais de 15 dias que minha menstruação estava atrasada. E eu também não estava ligando porque mês anterior também tinham atrasados, eu doei sangue para minha avó que estava precisando. Eu já grávida e não sabia. Eu resolvi fazer o teste, fui na farmácia, comprei o teste e tinha dado positivo, **a partir daí já**

> **começou a loucura na minha cabeça: 'Meu Deus do céu, eu tenho que ir ao médico logo. Eu tenho que achar uma médica para me acompanhar porque pode ser que seja de risco'. 'Eu tenho medo de acontecer o que aconteceu nas outras vezes'.** (ENTREVISTADA 10)

Destaca-se assim a necessidade de práticas mais sensíveis e condizentes com a situação das mulheres tentantes em hospitais, maternidades e clínicas. Sinaliza-se a possível mercantilização acerca da condição vivenciada por esses sujeitos, por conta da necessidade dessas mulheres em respostas rápidas e mais conclusivas. Nota-se a oferta de serviços mais direcionados, de selecionado e difícil acesso, focados nos investimentos do que na conjuntura que essas mulheres vivem. Para contexto dessas vivências, mostra-se no próximo tópico um pouco da realidade da mulher tentante e as influências que elas estão suscetíveis para ter o bebê arco-íris.

4.1.7 As vivências da mulher tentante

Considera-se como vulnerabilidade de consumo as tentativas frustradas a gravidez. A vivência de "**só quem é tentante sabe o que sentimos**" (PARTICIPANTE 4B), fortalece a percepção das suscetibilidades que a mulher está propicia a ter devido as tentativas anuladas a gestação. "**Cada menstruação que vem, a mulher sente, tem um sentimento de fracasso**" (ENTREVISTADA 1), e junto a isso, têm-se também o consumo voltado a maternidade, a expectativa gerada e o investimento para que haja resultado. No relato abaixo, verifica-se como a expectativa para a gestação pode ser criada e com a perda, pode ser afastada:

> [...] **eu enchi minha casa de balão, meu quarto inteiro com um presente para o meu marido**, com um teste de gravidez para quando ele chegar do trabalho, **pra ele vê e ter a notícia que estava grávida**. **Fiz uma festa, comprei um monte de pizza.** Eu mandei fazer um monte de balão de gás para os sobrinhos do meu marido. Cada um com uma cartinha para contar que meu filho ia chegar, que o priminho deles iam chegar. Eu fiz tudo isso. **Foi filmado e no final das contas eu perdi**. E no final das contas eu ainda ouvi meu marido falando com minha sogra no viva-voz, que eu tinha perdido o bebê, **minha sogra fez a seguinte pergunta, "o que foi que ela fez?**", **como se a culpa fosse minha**. Então essas pequenas coisas, por mais que as pessoas falassem isso, se não é impulso. Na hora da notícia, da dor ali, mas **as pessoas não pensam na mãe. Não pensam. A culpa é nossa!** Falam, o que foi que a gente fez? O que foi que a gente comeu? Que danação foi que a gente fez? Que esforço foi que a gente fez? (ENTREVISTADA 5)

Junto ao relato, observa-se a influência da opinião dos familiares e amigos para a situação vivida pela mulher tentante. O julgamento pela perda e a indagação sobre o que foi feito para que a perda ocorresse, cai como uma pressão ao êxito da gravidez. Acredita-se que por conta disso, muitas mulheres escondem que são tentantes, e se submetem a alternativas

mais rápidas e custosas para seja validado não apenas a sua maternidade, mas também para provar que são capazes de gerar um filho. Como se ocorresse uma competição interna contra ao que se espera de uma mulher em sociedade.

Vê-se nesse situacional uma interferência do cenário da sociedade que a mulher tentante está inserida, sendo um possível potencializador da vulnerabilidade de consumo e influenciador para as futuras tomadas de decisão na jornada de tentativas. A necessidade da afirmação de mulher através da maternidade pela sociedade, pode ser visto para o indivíduo como um tabu e devido a isso, uma influência (Patterson, Hill & Malay, 1995; Baker, Gentry & Rittenburg, 2005; Min & Peñaloza, 2019).

Outro ponto salientado entre participantes é a situação de após passar por uma perda, o medo de acontecer novamente, colabora para o receio da comunicação da gravidez. Observa-se que quando a mulher tem uma gravidez de primeira viagem, ela tem o intuito de transmitir a informação que está grávida, na intenção que familiares e amigos compartilhem da alegria, e mesmo que indiretamente, também tenham um consumo de gravidez, com presente, preocupações e informações sobre. No relato abaixo, a participante estava grávida de aproximadamente 30 semanas do seu bebê arco-íris, e conta como foi diferente o anúncio de uma gravidez para a outra:

> [...] **eu descobri que eu estava grávida dia 23/12/2022,** então era um bebê muito esperado, sonhado, desejado. **E eu fiquei tão feliz assim que eu saí espalhando para todo mundo, postando em grupo de família, em status e mandando para todo mundo**. E de repente, **menos de 1 mês eu perdi**, um mês depois eu perdi. E quando eu descobri essa outra gravidez minha, **essa segunda que eu estou grávida agora, não**... Eu fui mais tranquila, **eu só falei depois dos 3 meses** e como eu apresentei o mesmo sintoma da minha primeira vez, que eu perdi, que eu tive descolamento de placenta da primeira. E nessa agora também eu tive, então eu passei 3 meses de repouso, dessa vez agora. Tomando remédio. Então, eu não sei se as outras mães sentiram isso, mas eu assim, senti um medo enorme (PARTICIPANTE 4A)

Essa declaração converge para o estudo de Anin (2020), que expôs como o tratamento a relação da gravidez subsequente a uma perda gestacional ou neonatal, pode ser mais suscetível para influências de mercado. Porém, o receio do compartilhamento da informação quando está grávida não é visto quando se trata de exteriorizar o trauma.

A maioria das participantes e entrevistadas, em algum momento, relatam como é importante serem ouvidas e o quanto não são escutadas em ambientes hospitalares e maternidades por profissionais de saúde. Uma das entrevistadas inclusive salienta que profissionais tendem a tratar mulheres em situação semelhante ao dela como estatística, sendo que a vulnerabilidade vivida por cada uma é individual, embora compartilhem das mesmas

mazelas. Observa-se que através da fala a mulher consegue a validação da vivência vulnerável a gravidez:

> [...] porque falta muita informação, falta assistência, **falta os médicos também tem essa sensibilidade,** todas as pessoas que atendem, que **nós não somos estatísticas**, não queremos sermos tratadas como estatística, **o meu sonho, então não quero ser tratada como estatística.** (ENTREVISTADA 13)

> **Porque nós precisamos falar e as pessoas precisam nos ouvir.** Porque isso afeta muitas mulheres, é uma dor gigantesca, **tem mulheres que não têm a estrutura emocional**, por exemplo, que eu tenho, que elas não conseguem sair desse buraco. E eu lhe digo, até hoje eu tenho meu filho. Meu filho tem 1 ano e 6 meses. Meu filho é lindo, é saudável, é perfeito. **Minha família está linda e feliz, mas dói profundamente, na minha alma está registrada essa dor, as 2 percas que eu tive,** que quando eu falo, o choro trava. (ENTREVISTADA 5)

> [...] você acredita que assim, a falta de conversa sobre essa situação, é tão ruim para a gente, **a gente não tem com quem conversar.** Que **as pessoas não querem lhe escutar**, tu entendesse? Só querem lhe questionar**.** Mas saber ao fato. Não existe essa conversa. **Entre as minhas percas, essa é a conversa que eu tô tendo com alguém assim, abertamente é com você**. (ENTREVISTADA 6)

> Quando você perde um bebê, **as pessoas ficam com dó de você**, e acham que você vai sempre buscar algum assunto para se lamentar, **você não pode conversar sobre a sua perda. É triste isso**. (ENTREVISTADA 8)

A partir do momento que se verifica a falta da escuta sobre um problema que atinge muitas, entende-se que durante os atendimentos não estão sendo levado em conta as individualidades das pacientes. Isso pode acarretar frustrações desnecessárias, demora nos diagnósticos e possíveis consumos imediatistas.

Outro ponto visto é que as mulheres tentantes por vezes podem não abrir sobre as suas vulnerabilidades para a família. A jornada das tentativas mostra-se como solitária e mais difícil sem o apoio da familiares, dos parceiros e amigos. Interpreta-se que devido possíveis julgamentos, ou até mesmo vergonha da situação, mulheres em tentativas para gravidez se submetem a circunstâncias árduas e em silêncio. Então, quando a mulher busca atendimento, ela também precisa de um acompanhamento psicológico e de um assistencialismo, que por vezes não é solicitado, mas se faz necessário mediante a situação vivida por elas.

> **Às vezes a mulher demonstra que está tudo bem porque ela é o pilar da família,** porque ela não quer deixar a família preocupada, as pessoas que estão ali no entorno dela, **porque ela não quer se mostrar fraca**. **Porque ela não se reconhece nesse papel, nessa situação**. Que era o meu caso, eu não me reconhecia como uma mulher fraca, então para mim eu não podia demonstrar fraqueza. Eu ficava segurando a minha onda e **lá onde eu andava não tinha esse acolhimento social, esse acolhimento psicológico**, que fizesse com que eu me abrisse por um momento. **Então para mim eu sofri muito mais**. Então assim, o impacto que teve não foi um impacto positivo. (ENTREVISTADA 5)

> **Uma rede de apoio é muito importante, coisa que raramente encontramos no meio familiar** (PARTICIPANTE 4C)

O apoio do parceiro se mostra fundamental na hora da perda. A partir de alguns relatos é possível discernir o aumento da vulnerabilidade quando não há o apoio e a discussão da situação vivida com o parceiro. Interpreta-se assim que a falta de comunicação entre o casal pode agravar o sofrimento da mulher, por entender que pode haver um distanciamento emocional entre parceiros. Interpreta-se que a não conversação sobre o assunto pode agravar a vulnerabilidade de consumo com tomada de decisões mais impulsivas e desnecessárias.

> **Meu esposo não fala sobre, quando eu toco no assunto do bebê ele muda imediatamente e isso me deixava mais mal** (PARTICIPANTE 4B)

> **Você não pode conversar dentro de casa com o seu marido porque ele acha que aquilo está te consumindo, está te remoendo, quando na verdade você só quer falar.** [...] **eu não guardei nada, porque meu marido** é uma pessoa muito... Como que eu vou explicar? **Ele é muito razão**, ele não é tão emocional. E, eu não posso falar por ele, **eu não sei o quanto isso é para ele, se afetou ou não**, se ele sentiu ou não. **A gente não nem conversa sobre isso**. Então eu não pude guardar nada. (ENTREVISTADA 8)

> [...] porque muitas vezes nem dentro da sua família as pessoas entendem a gravidade da violência emocional que você está vivendo, por exemplo, **no Dia das Mães que eu vi o meu marido dando parabéns para um milhão de mães, mas ele não me dava parabéns**, eu tendo sido mãe de 2 filhos dele, que estava no céu. Porque eu me sentia mãe, mesmo que eu não estivesse com meus filhos nos braços. (ENTREVISTADA 5)

Aquelas que possuem um diálogo e apoio com o parceiro acerca das perdas e da jornada das tentativas, reconhecem um certo privilégio, pois são cientes de como a jornada tentante pode ser mais difícil quando sozinha. Esse acompanhamento do parceiro mostra-se como fundamental para consumos mais dialogados, o compartilhamento da responsabilidade do investimento a gravidez revela-se como um desafogo e a passagem pelo trauma não se mostra tão angustiante, como visto nos relatos abaixo:

> **Uma coisa que eu achei muito relevante foi eu ter um companheiro e ter de fato**, não só ter o pai ali do lado, mas que **me acompanhou em tudo, em todas as consultas, em todos os exames**. Inclusive, sempre que a gente conversa sobre o assunto, a gente fica imaginando como é difícil para uma mulher que não tem essa parceria, sabe? Às vezes tem um marido, um namorado, ainda tem uma representação, mas não está ali junto realmente. Às vezes nem essa representação têm. Então assim **foi tão importante para mim**, que eu não consigo imaginar mulheres como conseguem fazer quando não têm, sabe? (ENTREVISTADA 12)

> [...] **o que me ajudou**, assim, a superar a tristeza, a superar aquela dor e **o apoio do marido**. O meu marido foi excelente. Ele não foi apenas meu marido, mas ele foi meu amigo. Ele foi meu parceiro. **Ele foi muito importante naquele momento**. Ele se dedicou muito a mim, ao nosso casamento. E esteve em todo momento ao meu lado, **então isso fez com que me ajudasse muito naquele momento** (ENTREVISTADA 14)

A ajuda advinda de familiares pode ser suporte não apenas emocional, como financeiro. Observa-se que é graças a família que muitos dos exames e dos investimentos em tratamentos mais dispendiosos ocorrem, por também colaborarem com o sonho da mulher tentante, que acaba sendo compartilhado no seio familiar. Supõe-se que quando ocorre esse apoio, a mulher pode ter uma redução de um possível estresse financeiro, e uma certa estabilidade para tomada de decisões mais diretas e resolutas. Os relatos abaixo colaboram com essa interpretação:

> Eu também, **na época minha família fez uma rifa que consegui uma parte do dinheiro** fiz uns exames, ainda tenho que fazer uma que custa 900 reais o histerossalpingografria, um outro consegui fazer pelo SUS (Emoticon de até que fim) (PARTICIPANTE 4B)

> [...] eu já não tenho mais esse dinheiro em poupança. Foi tudo investido. Meu marido também, ele gastou um bom dinheiro. E muitas coisas também aconteceram, **pela ajuda do dos meus pais, pela ajuda dos meus sogros. Eles nos ajudaram muitas vezes, ainda ajudam.** Realmente a questão financeira é algo que pesa muito. (ENTREVISTADA 14)

A vulnerabilidade da mulher tentante por muitas vezes advém das vivências que ela experencia. Mesmo que não se reconheça nesse local, é observado a necessidade de atendimentos e assistencialismos voltados para a situação que essa mulher passa. O apoio do parceiro e da família se mostra essencial para passagem do trauma e condução de consumo mais seguros e direcionados.

O reconhecimento e valorização da jornada de tentativas a gravidez pela rede de apoio fortalece a mulher para continuidade ao seu sonho, que é o bebê arco-íris. No próximo tópico será discutido as expectativas e consequências, as mudanças de hábitos e consumo e a influência das redes sociais para obtenção do bebê arco-íris.

4.2 Gravidez e Bebê Arco-Íris

O consumo do termo bebê arco-íris mostra-se como um desafogo ao momento vivido pelas mulheres tentantes. A expressão que é designada para o bebê saudável que nasce após uma perda gestacional, neonatal ou infantil, funciona como uma expectativa a ser alcançada que colabora para motivação e acalento as mulheres em tentativas de gravidez. Como dito anteriormente, não se sabe a origem exata do termo, mas entende-se a importância que ele possui entre aquelas que vivem a sua busca.

Entre as participantes e entrevistadas, aquelas que possuíam conhecimento prévio do termo, justificam com a experiência de trabalho em hospitais, maternidades ou clínicas, onde

esse entendimento se faz essencial para prestação de atendimentos. Interpreta-se assim que é de conhecimento comum entre os profissionais de saúde o termo bebê arco-íris, e que uma atenção mais sensibilizada voltada para a mulher que espera uma criança enquadrada nessa situação se faz necessário.

> [...] eu já conhecia, porque eu já tinha... Na época que eu era tentante, eu pesquisava muito. Eu lia livros sobre tentantes que tinha bebê arco-íris, e **eu tinha o conhecimento prévio por conta da minha área de saúde**, que a gente já trabalha com algumas mulheres que têm perdas gestacionais, **eu sou enfermeira obstétrica**. Eu já tinha esse conhecimento assim de bebê arco-íris. (ENTREVISTADA 1)
>
> [...]dentro do hospital, porque **eu trabalho com assistência a gestantes** e eu fui dar assistência em um parto, um dos meus primeiros partos. Aí a enfermeira falou pra mim "olha, **vamos ter um cuidado, um olhar mais humanizado com essa gestante, porque esse bebê é um bebê arco-íris**", aí eu tive conhecimento do tema. (ENTREVISTADA 4)
>
> **O termo bebê arco-íris eu conheci no próprio curso técnico de enfermagem que eu comecei a fazer**. (ENTREVISTADA 14)

"**Conheci após a perca e foi pela internet**" (ENTREVISTADA 16). A maioria das entrevistadas tiveram relatos semelhantes a esses. O consumo do termo bebê arco-íris iniciou após a perda gestacional, neonatal ou infantil. Até então, nunca tinha sido de interesse ou instigação. Os meios para o conhecimento ou busca pelo termo ocorreram principalmente por redes sociais digitais, como o Instagram e Facebook.

Verifica-se através desses canais as possibilidades criadas em prol do termo, como a criação de comunidades de apoio e informação sobre as tentativas. As participantes e entrevistadas relataram que utilizaram as redes sociais em algum momento das tentativas para esses fins, seja para participar e interagir com semelhantes, se informar sobre exames ou verificar depoimentos de outras mulheres tentantes.

> Foi, em uma postagem que eu fiz, quando fez um ano que eu perdi meu segundo filho, no dia 03/01/2022, que fez um ano que eu perdi meu segundo filho. Eu me senti naquele momento preparada para falar sobre isso. **Eu fiz uma postagem nas minhas redes sociais** de uma imagem que eu vi de uma mãe grávida, com a imagem de um anjinho voando. E tinha uma fala muito interessante, na imagem, que aquilo ali me representou muito [...] **E uma pessoa no meu privado pegou e falou que acreditava que logo eu teria o meu bebê arco-íris.** Eu ainda não tinha ouvido falar nesse tema, nesse termo. Aliás, eu tinha ouvido, mas não tinha associado, e eu disse realmente, é como voltasse o colorido para a nossa vida. (ENTREVISTADA 5)
>
> [...] **eu tive o conhecimento do bebê arco-íris depois dessas minhas percas** através do emocional que ficou muito abalado. Por incrível que pareça, sempre que eu abria o Instagram. **Foi através do Instagram, sempre tinha algo relacionado sobre o bebê arco-íris**, que sempre tem uma luz no final do túnel, que ele vem para alguma coisa. **Aí eu entrei nos grupos**. Eu tenho tudo do grupo que você nem imagina. (ENTREVISTADA 6)

Percebe-se que a busca pelo termo bebê arco-íris funciona como porta de entrada da mulher tentante em comunidades online. O consumo da expressão pode possibilitar o aumento de expectativa para o bebê arco-íris, como também pode reafirmar a vivência dessas mulheres. Notou-se que outra forma de consumo do termo foi através de conversas entre pares em ambientes de saúde.

As mulheres tentantes que já tinham vivenciado a primeira perda e tinham o conhecimento prévio, relatavam para outras que tinham acabado de passar pela perda. As vezes com o intuito de repassar o acalento que o termo pode oferecer, como na intenção de participação de outras mulheres nas comunidades online.

> Eu tive conhecimento esse termo 10 anos depois. **Através de uma amiga que comentou sobre o bebê arco-íris, então eu achei bem interessante.** Fui até pesquisar e comentei pro meu próprio filho, né? Que ele era um bebê arco-íris, até então eu não sabia do termo em si. (ENTREVISTADA 7)

> Nós que somos tentantes, não temos muitas redes de apoio, então acaba se juntando. Mulheres que passaram pelas mesmas situações e criam grupos no Facebook, no WhatsApp. Então eu acabei conhecendo por essa rede. **Eu estava em uma clínica e uma moça estava conversando com uma amiga, falando de um grupo do Facebook, e aí eu fui pesquisar e foi onde eu fiquei**. (ENTREVISTADA 8)

Outro canal de conhecimento possível do termo bebê arco-íris é através de livros. Embora não tenha tanto destaque como as outras ferramentas, apenas uma entrevistada relatou esse conhecimento, interpreta-se dessa forma que o termo possui relevância ao ponto de já existirem literaturas físicas que utilizam dessa expressão, validando a temática. Acredita-se que todo canal de consumo disponível para o termo bebê arco-íris deve ser levado em conta para reafirmação e discussão acerca dos seus significados.

> **Eu tive um conhecimento lendo um livro.** Eu não vou lembrar agora o nome da autora, porque eu estava, **nem foi na minha primeira perca, eu ainda estava como tentante**, então eu estava lendo bastante coisas, por esse mundo que eu estava tendo. Eu tenho muitas alguns problemas que dificultam, então estava buscando e foi a primeira vez que eu vi o tema bebê arco-íris. (ENTREVISTADA 13)

A entrevistada relata que ainda estava como tentante antes de ter conhecimento do termo, ou seja, ela não tinha passado pela perda. Não se instigou em saber se o entendimento prévio do termo acalentou de alguma forma a mulher tentante em questão, após o trauma da perda. Acredita-se que a interpretação dos significados do termo após o trauma valida e instiga novos consumos. Através do próximo tópico, será possível verificar interpretações acerca desse fenômeno.

4.2.1 Bebê arco-íris e seus significados

Compreendeu-se que o consumo do termo bebê arco-íris pelas mulheres tentantes pode ocorrer mais pelas redes sociais, sendo assim uma possível porta de entrada para outros tipos de consumo, porém, observou-se que a forma de consumir esse termo modifica-se e é capaz de ter outros tipos de interpretações, a depender da tentante que o busca. A partir da análise dos grupos focais e entrevistas, observou-se que o termo possibilita a ressignificação, como também o medo.

Identificar esse sentimento com esse significado pelas mulheres tentantes pode causar espanto ou até mesmo questionamentos, mas aquelas que citaram justificam que o medo proveniente do termo se enquadra no receio de reviver o momento de trauma. Interpreta-se a partir disso que mulheres que passaram pela perda criam expectativas acerca da gravidez, e a possível frustração de não conseguir, condiciona ao medo sentido. Abaixo uma fala que resume essa interpretação:

> Para mim amor e medo. [...] **Medo de perder, medo de passar pela curetagem de novo, medo de sentir aquela dor da perda, daquele vazio**, porque quando eu perdi, eu senti um vazio tão grande assim dentro de mim, que não tem explicação assim, é uma coisa que eu acho que só quem passa sabe. (PARTICIPANTE 4A)

Embora possa existir o medo, o sentimento mais citado entre as participantes e entrevistadas é a esperança. Observa-se que as mulheres tentantes direcionam durante todo processo das tentativas ao ensejo do bebê arco-íris. Em certos momentos observa-se quase como a obtenção de um troféu, de uma conquista, pois quando conseguem, soma-se um alívio, como se pudessem ter esperança de novo. Algumas das respostas abaixo refletem essa interpretação:

> É um lembrete que todo o sofrimento valeu a pena, é **a renovação da esperança**, um ato de fé, **a prova que a gente merece ser feliz**. (PARTICIPANTE 2B)

> Meu conhecimento é o bebê que vem após uma perda gestacional, mas **para mim é aquele bebê também que você lutou tanto, enfrentou anos de exames, gastos, médicos e desesperança para conseguir**. (PARTICIPANTE 3C)

> O termo é colocado para crianças que vem depois de uma perda gestacional, neonatal ou na fase de infância, porque eles trazem luz de volta. Quando a gente está no luto, a gente vive muito no escuro, muito na tristeza, sem saber o dia de amanhã ou sem ter uma perspectiva de vida nova, **a gente acha que a gente vai viver naquela tristeza o resto da vida.** O resto da vida **eu vou viver na tristeza do meu filho que morreu**. E **quando o bebê arco-íris chega**, ele traz um renovo. Ele traz uma esperança de que vai ter dias bons. E na maioria das vezes **são eles que trazem a cura junto, que trazem a cor, harmonia e cura**. (ENTREVISTADA 11)

> [...] eu acho que é algo muito lindo, é algo muito fantástico. **É uma esperança.** Assim como a gente sempre tem a esperança de depois daqueles dias chuvosos, que o Sol brilha novamente no céu. Eu acho que para uma mulher tentante é a mesma coisa. Principalmente para uma mulher que já perdeu o seu bebê. **Nada mais esperançoso do que esperar um arco-íris brilhando no céu ou um sol brilhando no céu**. Então eu acho muito bonito, acho muito significativo. (ENTREVISTADA 14)

Algumas justificaram esse sentimento de esperança aliado aos significados bíblicos. Observou-se que a influência religiosa é algo presente entre as mulheres tentantes. O consumo desse termo através da fé e da religiosidade mostram-se como um alicerce emocional, para os momentos de perda. As enlutadas associam a resiliência para enfrentamento da jornada, a passagem bíblica da arca de Noé, como trunfo da fé e da persistência:

> Eu acho que tem um significado que faz sentido. O **arco-íris na bíblia é um sinal da aliança de Deus com a história de Noé** [...] (ENTREVISTADA 3)

> [...] o bebê arco-íris é aquele bebê que vem após uma ou mais percas gestacionais. Fiz ligação então com a Aliança. **Como cristã que eu sou, eu fiz a ligação com a Aliança, que Deus havia feito com Noé após o dilúvio**. Por quê Noé foi o homem salvo por Deus. Quando Deus mandou dilúvio e ele fez, ele colocou um arco-íris no céu para lembrar da promessa que Ele iria fazer com Noé, que Ele nunca mais iria destruir a Terra com água novamente, com dilúvio novamente, e que toda vez que o arco-íris estivesse no céu, lembraria da promessa que Deus fez. Então eu fiz uma ligação muito bonita. (ENTREVISTADA 14)

A influência do bebê arco-íris e ao apego a religiosidade, pode influenciar no consumo de artigos de religiosidade, mais idas a templos religiosos, contemplação por seres divinos, pagamentos de promessas e terapias complementares as tentativas ao bebê arco-íris. A entrevistada 3 quando questionada sobre o período das tentativas a criança, relatou que chegou a receber uma conhecida especificamente para rezar sobre o momento que ela estava passando:

> **Ela foi na minha casa para orar comigo**. Ela orou, me deu uma palavra sobre me levantar, falou outras coisas e **eu tinha dito para Deus que queria que ela falasse do bebê**. E a gente conversou sobre muitas coisas e ela não falou nada. Quando ela ia embora, estava na porta, eu lembro ainda hoje**, ela disse claramente que estava vendo meu filho**, que era um menino e que ele estava correndo pela casa, **ela descreveu o meu filho hoje** (ENTREVISTADA 3)

As estratégias para obtenção do bebê arco-íris podem ser múltiplas e individuais. O consumo acerca das alternativas para as tentativas é intrínseco, mas voltado ao objetivo de manutenção da gravidez e obtenção da criança. Observa-se que as mulheres são capazes de somar o tratamento médico com a religiosidade com o intuito de aumento de efetividade em ter o bebê arco-íris.

Esse termo inclusive pode acarretar consumos identificativos a criança em celebração ao seu nascimento. Os simbolismos criados a partir do termo arco-íris podem ser numerosos, desde celebração de aniversários, ensaios de fotos, presentes, decoração, e tudo aquilo que possa identificar a criança como uma conquista para família tentantes, a ver o relato que exemplifica essa interpretação:

> [...] **o primeiro mesversário do meu filho, eu mandei fazer um bolinho com um arco-íris.** O tema foi bebê do arco-íris, justamente por isso. Porque como eu procurei, eu participava muito de blogs, eu procurei muito sobre o assunto justamente porque era um sonho, eu ser mãe. E como eu tive esse problema, foi nas minhas próprias percas que eu descobri que quando você tinha várias perdas, que você conseguia ter a gravidez e o filho nascia, aquele bebê era chamado de bebê arco-íris. **E inclusive eu tenho até fotos que eu fiz com o tema dele, bebê arco-íris.** (ENTREVISTADA 15)

Algumas participantes e entrevistadas sinalizam o quão ideológico pode ser para algumas mulheres essa vontade acerca da conquista do bebê arco-íris, devido alguns relatos que estavam presentes nas discussões acerca do tema, como: "**É a recompensa por ter esperança, digamos assim.**" (Participante 2B), "**Sim, tenho fé que em breve terei meu tão sonhado arco-íris**" (Participante 4B), e a justificativa acerca disso se deve ao estar "**exausta emocionalmente**" (Participante 5B), por conta das oscilações que a jornada das tentativas incide.

Interpreta-se assim, a mulher passa por um período de tentativas até conseguir um positivo de gravidez. São muitas consultas, idas as maternidades, tratamentos com remédios, testes de gravidezes, e a cada etapa dessa passada, há os tentames a fecundação. Quando se consegue o sonhado positivo a gravidez, as expectativas para que o sonho se concretize através da criança que vai nascer podem ser exacerbadas e devido a isso, prejudicadas. O relato das entrevistadas 4 e 12 apontam isso:

> Eu acho que **ele é um termo romantizado**, mas ele **é um termo que carrega algo muito forte**, porque as pessoas romantizam "ai, meu bebê arco-íris", mas **as pessoas não sabem qual o processo**, para você conseguir segurar **um bebê arco-íris nos seus braços**. (ENTREVISTADA 4)

> **Eu acho uma coisa linda, assim, eu acho que ao mesmo tempo, também bota uma responsabilidade.** Eu acho que ninguém deveria já nascer com alguma responsabilidade de tapar uma dor de você, de devolver sentimentos. Eu acho interessante, mas essa responsabilidade que se é colocada, eu tenho um pezinho atrás. (ENTREVISTADA 12)

Essa última fala reflete no depoimento da entrevistada 17, que após várias tentativas falhas, demonstra que tem a expectativa pelo bebê arco-íris, devido a uma perda anterior. O

simbolismo criado a partir da perda, de espera e conquista, pode ser prejudicial para a mulher em si, devido a uma possível frustração quando não consegue. A pressão para que ocorra a fecundação também pode ser contraproducente. A entrevistada estava grávida quando cedeu a entrevista, mas até o nascimento da criança era motivo de desconfiança, devido as frustrações anteriores:

> Quando a gente tem uma gestação após uma perda se chama de bebê arco-íris. E ao pesquisar sobre isso, eu achei muito lindo, essa sensação de que sempre quando você for ter o seu, ter ele ali nos seus braços, **você sempre vai lembrar daquele que você perdeu e vai ser um amor maior ainda,** porque a partir do momento que você perde um filho, **você fica angustiada querendo ter outro**, conseguir ter o seu nos seus braços. Então sempre **você vai lembrar da gestação anterior e o amor vai se multiplicar tanto pelo que você perdeu como que você vai ter agora**. É um bebê muito desejado. (ENTREVISTADA 17)

A recompensa através do bebê arco-íris pelos insucessos ocorridos é algo presente na fala das entrevistadas e participantes desse estudo. Além dos que foram visualizados, vê-se a responsabilidade que a criança concebida ou não possui em ter que proporcionar alegrias e realizações para mulher tentante. Embora a vitória sobre a infertilidade deva ser celebrada, a cominação colocada na criança arco-íris pode ser percussora de possíveis vulnerabilidades de consumo. As declarações abaixo colaboraram com essa interpretação:

> **Meu filho me resgatou. Ele me deu vida, ele me ele me deu ânimo. Ele me trouxe do buraco**, **porque eu estava numa situação de depressão que só eu via**. E eu sabia, porque eu sou uma pessoa que tem sensatez, em tudo na minha vida, e eu via que eu estava num quadro depressivo, mas ninguém ao meu redor via. (ENTREVISTADA 5)

> **Ele veio como uma forma de lembrar que** mesmo nas nossas aflições, mesmo nossos medos, em nossas angústias, em **todo o processo doloroso** para que chegássemos até ele, **o final seria o mais lindo possível**. (ENTREVISTADA 14)

A partir dos relatos retratados verifica-se uma teia de sentimentos acerca da obtenção do bebê arco-íris. Embora o termo possa trazer a ressignificação e esperança para jornada da mulher tentante, percebe-se que sentimentos como medo e ansiedade podem ser presente nessas mulheres e impactar no seu consumo e atividades.

Outro fator de destaque é a presença da religiosidade e os moldes que se aplica na vivência da mulher, com acrescento de outros consumos que possam fortificar as tentativas a concepção da criança. No próximo tópico será possível visualizar as mudanças de hábitos e práticas de consumo para se conceber a criança arco-íris.

4.2.2 Mudanças de hábitos e práticas de consumo para o bebê arco-íris

A partir do contexto vivido pelas mulheres tentantes, observou-se a mudança de algumas práticas de consumos para obtenção do bebê arco-íris. Além da famigerada mudança de “exercícios e alimentação” (PARTICICANTE 4A), houve também relatos sobre consumos mais diferenciados e específicos voltados para o período tentante.

Entre os consumos, inicia-se a discussão acerca do não consumir. Quando questionada sobre isso, a participante 1C resumiu-se a dizer que ficou "mais desacreditada, parei de gastar com testes e suplementos”, ou seja, decidiu por suspender o consumo de itens que são costumeiros a mulheres tentantes, devido tentativas mal-sucedidas. A frustração sob os tentamentos para gravidez pode provocar o caminho contrário, como aceitação a situação vivida, ou seja, o não consumo e distanciamento da realidade vivenciada.

A entrevistada 7 relatou que “não mudou nada”, pois “só engravidava e perdia”. A realidade das tentativas acerca do bebê arco-íris, como citado anteriormente, diferencia-se de um indivíduo para o outro, o que pode acarretar uma vulnerabilidade ou não, em uma frustração ou não, em um consumo ou não para a obtenção da gravidez. Embora tenha sido a única a citar isso, é importante salientar a possibilidade da não alteração acerca da rotina para engravidamento.

Dito essas informações, cita-se mudança de consumos específicos para a obtenção do bebê arco-íris. Entre os citados, o início de terapia entre aquelas que podiam prover, era uma das apontadas. Entendeu-se que a soma de demora, gastos e desapontamentos devido a sequenciadas perdas, mulheres tentem a cuidar da saúde mental para enfrentamento da jornada vivenciada. O relato abaixo corrobora para essa interpretação:

> Sim, iniciei academia, perdi um bom peso, mudei alimentação. Tentei medicamentos naturais, vitaminas... **Também iniciei terapia! Foi fundamental no processo.** (PARTICIPANTE 2B)

Observou-se também o consumo de alimentos mais naturais. Uma certa preocupação com a procedência dos produtos orgânicos, diminuição de processados e ultraprocessados, além da busca de alimentos mais saudáveis, foram algumas das mudanças de hábitos de consumo em alimentação relatados pelas mulheres tentantes. Nota-se que a possibilidade de associação entre as consumidoras tentantes que produtos naturais podem acarretar a melhoria de condições físicas para obtenção do bebê arco-íris. Os depoimentos a seguir colaboram para essas concepções:

> [...] **eu me alimentava muito errado**. Comia muito processado na época, e não fazia atividade física, apesar de ser enfermeira, não cuidava da minha saúde, era sedentária e comia muita besteira, **tomava muito café**, muito café! Por eu ser enfermeira e trabalhar à noite. Depois que eu tive essa dificuldade, que eu fui lá na clínica, eu passei por uma nutricionista e ela me disse na consulta, **para mudar a dieta, comer mais oleaginosos, as verduras, as frutas, aconselhou deixar o café substituindo pelo chá**. De certa forma me ajudou, porque diminuiu a ansiedade, um pouco. (ENTREVISTADA 1)

> Estou tentando ser saudável, mas eu confesso para você que é meio difícil. Mas eu já mudei, sim, alguns hábitos alimentares. Atividade física? Já tentei praticar várias vezes, mas eu sou meio sedentária, sabe? Mas hábitos alimentares, sim, já mudei alguns, **evito o máximo possível de comer coisas que eu sei que vai intoxicar meu organismo, porque a gente tá aí se preparando.** Até medicamento mesmo, eu era, senti uma dor de cabeça, já ia lá e tomava remédio. Até isso também, eu me policio bastante. (ENTREVISTADA 4)

> **A gente ficou consumindo mais produtos naturais**, só o desodorante, que eu não me adaptei a trocar, mas, até o ovo de capoeira a gente teve muitas mudanças assim... [...] **É porque tudo quanto mais natural melhor**, **minhas verduras eu procuro comprar sem agrotóxico.** Às vezes a gente é até enganado ali no supermercado, mas a gente tenta fazer a parte da gente. (ENTREVISTADA 12)

> [...] desde quando eu comecei nas tentativas em 2020, que eu já venho tendo mudança, **eu parei de beber álcool, ter a qualidade de sono**. Agora eu estou **tirando todo tipo de alimentação com agrotóxicos, tentando ao máximo**. Então **estou procurando mais alimentos orgânicos**. (ENTREVISTADA 13)

Alguns consumos mais drásticos são observados sendo feitos antes mesmo de engravidarem. Recomendações para mudanças de consumo já conhecidas por grávidas, como visto no estudo de Marie et al. (2016), as mulheres tentantes também fazem por terem a associação comum dos benefícios para uma futura gravidez. Entre as modificações estão a troca de desodorantes, por aqueles com menos alumínio, retirada de materiais no corpo, como uso de prata, o não uso de substâncias artificias no organismo, os cuidados com cosméticos utilizados, entre outras mudanças. As declarações das entrevistadas abaixo colaboram para essa perspectiva:

> Modifiquei bastante. Modifiquei desde a alimentação até a minha vida de praticar atividades físicas que eu fazia às vezes uma vez ou 2 vezes por semana. Hoje em dia eu faço 5 vezes por semana, no mínimo, e mais isso mesmo. O consumo de alguns... Como que eu vou falar? **Eu não uso mais desodorante de spray**. Algumas coisas que as pessoas foram me dando como orientação de que eu poderia mudar na minha rotina e que eu fui mudando, então **desde a alimentação até produtos de higiene pessoal, eu mudei bastante**. (ENTREVISTADA 8)

> **Tirei o gel da unha, adoro prata, mas passei usar menos,** porque quer queira quer não **a gente sabe que ali tem minério que transfere um pouquinho para a gente**. (ENTREVISTADA 12)

> **Maquiagem**, eu já estou tirando também, já estou **fazendo a transição para as maquiagens também vegana, orgânica, para tirar algumas substâncias, desodorante.** Tem alguns chás também que eles são apropriados por um período. O stress, que é mais difícil também, a gente tentar controlar, evitar não tem como, tentar controlar o sono e a atividade física. Então eu tive que me readequar em várias situações. Porque eu entendi que essa forma de viver estava atrapalhando também. (ENTREVISTADA 13)

Quanto aos exercícios físicos ou atividades de benefício para o corpo, cita-se a acupuntura e o pilates. Essas duas modalidades se mostraram como alternativas para melhoria não somente da condição física, como para diminuição de ansiedades e aumento do relaxamento. O consumo dessas atividades mostra-se seletiva, pois poucas destacaram seu uso, além do investimento para cada sessão, mas aquelas que podiam indicaram os benefícios voltados para as tentativas ao bebê arco-íris. As respostas das entrevistadas abaixo colaboram para esse entendimento:

> Me aconselhou também fazer a atividade física, também **comecei a fazer acupuntura**, mais na questão de auxiliar nos processos e no relaxamento. Então se **teve uma mudança de estilo de vida para mais saudáve**l, porque eu não cuidava dessa parte para esse fim, que é conseguir engravidar eu tive que mudar todos esses arcos de vida. (ENTREVISTADA 1)

> E**u fiquei voltada mais para medicina chinesa**, que é justamente a preventiva, não como a gente está acostumada, então, questão de chás, de escalda pés, de grãos, a própria alimentação em si. Isso já é recente, tem 1 mês. **Entrei no pilates**, mais um gasto, quer queira, quer não. [...] **Eu não conhecia a acupuntura. Depois da primeira perda, a médica falou que era interessante**, cada sessão, eu acho que era R$230,00 reais, e continuo tentante. (ENTREVISTADA 12)

A alteração de alguns hábitos de consumo mostrou-se surpreendente. Como foi o caso da entrevistada 5, que durante o seu período tentante, recorreu ao consumo de uma garrafada de mercado da sua cidade e chegou a atribuir a uma das gravidezes que teve ao consumo periódico da bebida. Interpreta-se que consumos alternativos e as crenças acerca da sua efetividade devem ter o seu valor no campo de pesquisas científicas. A seguir, o relato do causo:

> **Garrafada de casca de pau.** Primeira vez que eu engravidei, eu **fui a um mercado com minha sogra**, e tinha a saúde da mulher, **vendia lá uma garrafada** assim, eu disse, 'moço, quanto é isso aqui?' ele, "olha moça, isso aqui é bom demais para **limpar o sangue, limpar útero, ovário para tirar até cisto, isso aqui elimina**", eu me lembrei, **eu tenho ovário policístico**, **eu vou comprar isso para mim**. Comprei essa bendita garrafada, ele me ensinou como fazia, lá no mercado e **eu comecei a tomar essa garrafada, no mês seguinte eu engravidei**. Eu já vinha fazendo um tratamento a não sei quanto tempo e não engravidava, no mês seguinte da garrafada eu engravidei, engravidei do meu primeiro filho. Foi em julho do período da pandemia de 2020. Quando deu, no começo de agosto, minha menstruação não veio. 'Eu não acredito num negócio desse não, que eu estou grávida'. E **eu fiz o exame, pronto.**

> **Menino na barriga**. Só que em 15 dias eu fui do céu ao inferno, porque com 15 dias que eu descobri que estava grávida, eu perdi meu bebê. (ENTREVISTADA 5)

O contexto das mulheres tentantes mostra-se com um leque de possibilidades e hábitos de consumo voltados para as tentativas de gravidez, que pode variar entre o consumo de atividades físicas e mudanças na alimentação, até recorrer a terapias alternativas, com chás, produtos orgânicos e naturais. Interpreta-se que a adoção ou suspensão de alguns consumos durante a jornada tentante pode estar associado com as frustrações e experiências individuais da mulher.

Mostra-se assim que influências culturais e sociais podem ter uma parcela de influência na tomada de decisão da mulher durante o seu período tentante, e ter um olhar voltado para essa realidade se faz necessário. A seguir, a discussão do consumo de redes sociais digitais na vivência dessas mulheres e como colaboram também para fatores decisivos durante esse período ao bebê arco-íris.

4.2.3 Grupos de apoio, redes sociais digitais e as mulheres tentantes

Através das plataformas de interação social, as mulheres tentantes se comunicam, se informam e se conectam. Observa-se que o consumo das redes sociais vai além do entretenimento, e que para a maioria das entrevistadas e participantes, essa ferramenta colabora para desabafo em momentos difíceis, registro da jornada vivida e meio de comunicação para tomada de decisões. Tomar conhecimento desses pontos poderá colaborar para compreensão do movimento das mulheres tentantes e o fortalecimento do termo bebê arco-íris nas redes sociais.

Poucas foram aquelas que relataram a falta de consumo de grupos em redes sociais. Entres as participantes nenhum relato, logo porque a prospecção da participação ocorreu através do Instagram. Entre as entrevistadas, apenas 3 relataram a ausência do uso, seja porque não era de interesse ou porque não tiveram a informação da existência. É importante salientar esse ponto, para identificar que nem toda mulher tentante automaticamente recorre às redes sociais digitais como canal de consumo a informações. Vê-se pelas falas a seguir:

> [...] **eu não fui atrás de nada, não. Eu só engravidava e perdia.** Eu achava que investigava na parte da medicina mesmo com os médicos (ENTREVISTADA 7)

> **Eu nunca tive é informações sobre**, nunca tive esse contato assim que poderia ter esses grupos. (ENTREVISTADA 10)

Dito isso, aquelas que buscam as redes sociais, em sua maioria, valorizam os benefícios trazidos através do seu consumo e reforçam suas experiências através delas. Observa-se que muitas das trocas existentes nessas plataformas de mediação se deve pela identificação imediata a realidade que as mulheres tentantes vivenciam. Nota-se um público com a associação muito presente de que "só as tentantes se entendem" (PARTICIPANTE 1C), em gera a interpretação para uma comunidade voltada para a realidade compartilhada por esses indivíduos, com disposição para acolher e ajudar sem julgamentos.

Verificou-se que embora tivessem um perfil pessoal nas redes sociais, com família e amigos, as mulheres tentantes criam perfis específicos para a vivência que passaram ou passam e dedicam-se a compartilhar seus sofrimentos, frustrações, conquistas e rotinas, com criação de conteúdo para outras semelhantes, ou apenas um perfil com a intenção de validação do momento passado.

O consumo das mulheres tentantes pelas redes sociais, nota-se que é mais voltado para troca de informações, legitimação do trauma sofrido, produção de conteúdo no intuito de acolhimento e geração de testemunhos. Em alguns momentos assume o papel também de memorial, como validação da existência do bebê perdido. Os relatos a seguir colaboraram para essa interpretação:

> **Eu criei um perfil no Instagram assim que perdi o meu bebê**, e comecei a conhecer mais e mais pessoas que passaram pelo mesmo que eu passei, e me ajudou e eu ajudei também, agora estou meio *off*, **esse mês de abril vou voltar a postar pois agora irei dar início ao tratamento da endometriose.** (PARTICIPANTE 4B)

> Ajuda muito, você conhece história parecida com a sua, **troca informações, desabafa**. (PARTICIPANTE 5B)

> **Porque daí você tem alguém para desabafar, que entende o que você está passando.** Porque mesmo que você passe com terapeuta alguma coisa, não entende o que você sente, não entende a dor que você está passando. **Quando você compartilha com alguém que passa ou já passou pela mesma situação, você se sente muito mais acolhido. Foi no caso do Instagram**. Tanto que até hoje eu mantenho meu Instagram contando a minha trajetória da maternidade agora, mas ele tem ainda todos os posts sobre tentantes. **Eu não apaguei nada, inclusive. E assim, é o meu lugar de desabafo**. (PARTICIPANTE 2B)

> [...] foi um apoio assim, **onde eu encontrei pessoas que podiam me ouvir.** No momento que eu só queria falar o que eu estava sentindo, por mais que eu tenha procurado psicólogos, terapeutas, eu fiz até constelação familiar para tentar trabalhar isso internamente, mas falta, uma pessoa que possa te ouvir. Tem dias que você acorda bem e tem dias que não, então a rede social para mim foi muito importante nesse quesito, **porque algumas pessoas estavam lá, sempre dispostas a ouvir, seja qual era o seu relato** [...] **Eu criei só o Instagram para eu poder ter a foto do meu ultrassom guardado**, eu fiz um texto lá, inclusive, **de que eu não tinha como falar com ninguém que eu estava criando a página só para deixar aquele relato**, daquele momento que eu estava passando, para deixar lá, para quando eu tivesse vontade de ler, eu ter assim a disposição. (ENTREVISTADA 8)

Dentro desses grupos de mulheres tentantes, há a valorização do desabafo, logo porque entende-se que essas comunidades online são voltadas para o acolhimento. À medida que se há o reconhecimento dessa vivência por outras semelhantes, as mulheres tentantes geram o que elas identificam como testemunho. Esse achado converge com o estudo de Mercier et al., (2020), que já expunha como as redes sociais digitais são essenciais para busca de apoio e amparto entre as mulheres tentantes.

Esses depoimentos de jornadas são consumidos e utilizados como exemplo para seguir nas tentativas, além de colaborar para que outras também falem, como visto no depoimento da entrevistada 6 a seguir:

> **Me ajudou bastante**. Foi na minha pior fase, então assim, **tinha dias que eu acho que se não fosse o grupo, eu teria entrado numa depressão**, porque eu passei a não querer mais sair. Eu passei a desacreditar. Já era desacreditada, porque eu sou casada há 15 anos e eu passei 10 anos lutando para engravidar através do SUS e nunca se descobria nada, **então quando eu consegui a minha primeira gravidez e no mês seguinte eu perdi, meu chão caiu, meu esposo, a gente, se achava incapaz**, desabou a vida da gente. Então assim, **pelo Instagram, apareceu esse grupo de tentantes**, aí eu entrei, fui vendo a vida, **os testemunhos** das pessoas que ali estavam, que passam pela mesma situação. Então **foi o que me fortaleceu.** (ENTREVISTADA 6)

Através desses grupos há também a criação vínculos que ultrapassam o ambiente digital. Além da possibilidade de fortalecimento mútuo, essas conexões podem colaborar para criação de pertencimento e influência um bem-estar emocional. Essa análise corrobora com o estudo de Porschitz e Siler (2017), quando as autoras afirmam que o ato de compartilhar com outros indivíduos colabora para revigorar no caminho das tentativas.

Essa valorização pode propiciar a consumos mais conscientes devido vir de pessoas de confiança, além de indicação de serviços mais humanizados. Tal vínculo pode colaborar para enriquecimento pessoal como também para um consumo mais ciente. Alguns dos relatos que colaboram para essas interpretações:

> Assim, na minha opinião, eu acho super importante, afinal de contas, embora eu fiquei muitas vezes entristecida, mas **o Instagram de tentantes que eu criei me ajudou muito**. Me ajudou a seguir em frente, me ajudou a procurar. E eu também **fiz uma amizade com a menina do Instagram, do meu Instagram de tentante, que nós somos amigas até hoje.** Nossos filhos têm diferença de 20 dias, e assim, **a gente se ajudou muito no período para engravidar**, tanto que nós corremos tanto atrás, nós duas, uma apoiando a outra, mesmo sem se conhecer pessoalmente, e nós, graças a Deus, conseguimos o nosso positivo. (PARTICIPANTE 3C)

> [...] **isso mostra também que não é só com a gente que acontece**, tem com muitas e muitas mulheres, acontecendo a frustração de um negativo todo mês, ou a frustração da perca gestacional. E eu posso dizer, assim, que **eu tenho uma amiga virtual, que eu conheci em um dos grupos desses de tentantes e que ela, a gente conversa todo dia**, a gente criou uma amizade muito boa e ambas se ajudam e dão força uma para a

> outra, justamente ne ssa questão, sabe? Para conseguir continuar na caminhada de tentativas, porque é muito difícil. (ENTREVISTADA 14)

Embora seja voltado para o acolhimento, um dos achados dessa pesquisa foi detectar que os grupos de mulheres tentantes também pode ser um ambiente de "**julgamento e comparação**" (PARTICIPANTE 4A). Os vínculos anteriormente citados, podem dar espaços para comentários prejudiciais e colaborar para um distanciamento desses grupos digitais, além de comportamentos tóxicos, que podem exacerbar sentimentos como ansiedade e vergonha.

Comportamentos assim tem possibilidades de acarretar a resistência na exploração ou adquirição de produtos e serviços provenientes desses ambientes, assim como no afastamento das redes sociais, prejudicando o seu acesso a informações importantes. A fala da entrevistada 4 relata um exemplo ocorrido em um desses grupos na qual ela administra, que teve que remover uma participante pelos comentários categorizados como tóxicos:

> [...] **eu acho super válido, desde que seja uma forma saudável**, porque tem mulheres que ela... **Eu já me deparei com vários tipos de perfil de pessoa, tem pessoas que realmente são tóxicas**, [...] vou te dar um exemplo para você conseguir compreender melhor. Tem uma menina aqui que ela estava no grupo, que eu precisei remover ela porque **ela falou que ficava brava quando alguma das meninas que estava lá falavam que conseguiu engravidar e ela falou que ela não conseguia.** Ela ficava simplesmente indignada. Então, para mim, isso é uma pessoa tóxica. (ENTREVISTADA 4)

Dessa forma categoriza-se duas consequências mediante esse comportamento, do possível julgamento e comparação, que é o afastamento das redes sociais digitais ou a opção de anonimato em grupos de mulheres tentantes. Vê-se que o afastamento ocorre após experienciar algum tipo de contato com os grupos, como opção de não precisar enfrentar o problema de frente ou apenas não se identificar com essa prática de agrupamentos.

Entre as participantes e entrevistadas, observa-se que o afastamento colabora para a perda de acesso a informações trocadas entre as mulheres tentantes, que pode ser de serventia em algum momento para essas que optam por não participar, como também não criar expectativas demasiadas devido ao consumo exacerbados de notícias, testemunhos ou informações.

Entre as consequências relatadas, tem-se até a desinstalação do aplicativo de rede social. Observa-se que o algoritmo dessas redes sociais podem ser fomentadores desse comportamento, justamente porque entende as preferências dessas mulheres e acaba por aumentar o fluxo de informações com o tema para a usuária da rede social, como visto abaixo pelo relato da participante 4A:

> **Acho que a rede social hoje em dia tem o seu lado bom e tem seu lado ruim**. Como assim? **Como eu engravidei agora, eu usava muito TikTok. Ficava vendo vídeo e aparecia muitos vídeos assim... Não sei, do nada. Aparecia muito vídeo de mulheres que também tinha perdido ou ficava passando por aquele momento de perda**, querendo ou não aquilo ali traz uma tristeza para gente, que está tentando de novo. **Então eu até desinstalei.** (PARTICIPANTE 4A)

Como apontado outras vezes nesse estudo, a jornada vivenciada por essas mulheres tende ser individual, mas com características semelhantes, o que pode evidenciar que o consumo a esses grupos não seja necessariamente objetificado. Entre os relatos, observou-se a preferência de outros tipos de consumo para lidar com a experiência da perda e objetificar o bebê arco-íris, como a leitura de livros voltados para essa temática. Alguns relatos abaixo de entrevistadas refletem essas colocações:

> Eu acho que ajuda em certa parte, **mais atrapalha do que ajuda, porque você acaba aumentando a questão da ansiedade e se comparando com outras pessoas que muitas vezes não é nem a sua realidade.** Eu pesquisava muito e via muita coisa que eu ficava, 'Ah, meu Deus, será que eu não tenho isso', e muitas vezes a gente traz para si um problema que a gente nem tem. [...] V**ocê acaba se comparando com outros que já conseguiram, e termina prejudicando.** Eu achei que no meu caso prejudicou mais do que ajudou, porque assim as redes sociais, **eu acho que eu não tinha ficado tão ansiosa.** (ENTREVISTADA 1)

> **Em relação a grupos de mulheres tentantes, eu até acho interessante, mas eu não cheguei a participar porque assim não quis mesmo**. Eu não gostava muito de ficar... Cada um tem um ponto de visão, mas **eu não gostava de ficar alimentando muita expectativa**, até porque eu sou muito ansiosa e **me gerava mais ansiedade ainda**, mas é uma coisa que eu não acho legal, mas que assim, também depende muito da pessoa. Grupos e Instagram voltados muito para mães enlutadas, que também quiseram me colocar. Eu não, **queria viver meu luto e quando eu conseguisse sair do meu processo, está tudo bem, mas já vi que muita gente participa.** Mas eu particularmente, não gosto de participar**. Eu lia livro voltado para isso, mas não ficar vivendo dentro de um grupo, sabe?** (ENTREVISTADA 9)

Quando a outra consequência acerca do julgamento e comparações em grupos redes sociais digitias entre as mulheres tentantes, vê-se a opção de anonimato. Ser anônima em redes sociais colabora para que amigos e familiares não tenham conhecimento do sofrimento passado por essas mulheres, pois como visto anteriormente, muitas vivenciam essa jornada da infertilidade e tentativas sozinha. Por vezes, nem mesmo o companheiro tem o conhecimento da situação vivida por essas mulheres.

O tabu existente na sociedade, é visto através de ser uma realidade vivenciada por muitas, mas pouco discutida e abordada entre comunidades. Vê-se que a busca para o anonimato é justamente uma estratégia adotada por essas mulheres para que possam abordar esse assunto entre si, buscar as informações que precisam com semelhantes, para que não

precisem lidar com julgamentos e questionamentos de outros. Os relatos abaixo colaboram para essas colocações:

> [...] **muitas tentantes, preferem um anonimato porque ainda tem muito tabu em relação a esse mundo**, de tentar engravidar, não conseguir. A gente se sente inferior, incapaz, tem um pouco desse sentimento e tem gente que não gosta, que as pessoas conhecidas, os familiares, percebam que a pessoa está com esse problema, então **eu vejo que ainda é um tabu**. **A princípio eu até criei uma rede social pra tratar desse assunto e a princípio eu tinha pensado em fazer no anonimato**. Aí depois acabei me expondo, mostrando quem eu era logo no início. Mudei de ideia. E eu vejo como as pessoas se conectam mesmo assim, não só de conexão de internet, mas assim, elas têm ali um objetivo em comum. Muitas pessoas vinham me falar, também aconteceu isso comigo. Porque **elas não tinham coragem de falar com pessoas próximas.** (PARTICIPANTE 5A)

> [...] v**árias páginas, mulheres que eram tentantes e tinham essa página anônima onde postavam as coisas que aconteciam e eu me sentia à vontade em fazer também**. E foi muito bom para mim porque eu conheci muitas meninas. Que passavam pelo que eu passava. A gente trocou muita experiência, com algumas troco até hoje no meu *Instagram* sobre maternidade e troquei também na época de tentante e gente, assim, pra mim foi muito bom, **apesar de na época de eu estar no anonimato, pra mim assim ajudou muito, muito mesmo**. (PARTICIPANTE 2B)

Por conta disso, embora saibam que esses grupos existam, e participem deles, elas optam pela anonimidade para que não sejam nem reconhecidas, como também possam passar pelo processo sem cobranças. Para isso, criam-se outros perfis nas redes sociais, para que seja nichado para o objetivo que procuram, e seja apenas identificada por semelhantes à sua situação.

Um dos achados dessa prática, é a utilização de simbolismos através dos *emoticons*, para que sejam vistas apenas por aquelas que tenham conhecimento dos significados. Alguns dos símbolos utilizados é o uso de imagens de anjo ou arco-íris. Outra ferramenta dentro desse anonimato, é a derivação de palavras e expressões como “tentante”, “mãe de anjo”, “esperando um milagre” ou “mãe arco-íris”.

Nota-se que o intuito com esse anonimato favorece desabafos mais profundos e entendimento da realidade experimentada de uma forma mais clara. Perfis mais abertos sobre a realidade vivida gera mais seguidoras e comentários, provocando um consumo de conteúdo voltado para a condição relatada por essas mulheres tentantes, além de favorecer o compartilhamento de informações sobre exames, medicamentos, vitaminas e dicas de saúde.

Nesse ponto, verifica-se a importância dada pelas participantes e entrevistadas de como perfis com esse formato, da jornada sobre a mulheres tentantes, são fontes de informações. Observou-se que além de ajudar semelhantes através da prática, elas sinalizam onde pode ter tratamentos gratuitos pelos SUS, atendimentos com profissionais especialistas,

compartilhamento dos tratamentos enfrentados, entre outras práticas. As falas das entrevistadas 8 e 14 resumem essa colocação:

> Mulheres que passaram pelas mesmas situações e criam grupos no *Facebook*, no *WhatsApp* [...] Eu nem sabia que existia isso, aonde eu fui, **enviei a solicitação para amizade, e aí eu participei de vários grupos**, mesmo por que, como os médicos também limitam muitas informações, **essa rede acabou me dando informações de quais exames eu deveria fazer para tentar entender se era um problema**, porque até 3 perdas é normal para os médicos, o protocolo é, se perdeu a 3ª gestação é normal ainda. **Só que essas meninas que já tinham passado até por mais de 3 perdas, elas tinham lá um rol de exames que eram peças fundamentais também para a gente conseguir não passar por mais uma perda**, tem situações de diagnósticos que nem todos os médicos seguem o protocolo, então foi através do de grupos de *Facebook*. (ENTREVISTADA 8)

> **Eu sigo muitas páginas no *Instagram* e é fantástico!** Porque lá a gente acaba crescendo em conhecimento, porque a maioria das pessoas que criaram algum blog, alguma página, **criaram para realmente ou expor a sua dor ou para publicar coisas que possam nos ajudar.** Então, principalmente no grupo que eu estou, a gente compartilha muitas coisas ali, **muitas dúvidas de exames**. Eu tenho um outro grupo no *Telegram* que eu participo, onde a gente **está diariamente conversando também sobre questão de exames, sobre questão de dúvidas, sobre a própria dor que a gente sente.** Então, eu acho isso muito válido, muito bom, porque é uma forma tanto da gente tentar, de alguma forma, nos aliviar em podendo falar daquele assunto, e bom para as outras pessoas que estão à procura de alguém que realmente está falando para que a gente leia. (ENTREVISTADA 14)

Observa-se que a ajuda advinda desses grupos pode ser um cursor de busca para profissionais qualificados e humanizados, além de um filtro para possíveis diagnósticos e tratamentos. Um dos achados dessa pesquisa além disso, é perceber a credibilidade que as usuárias dão as informações colhidas em rede social, para pesquisa das suas enfermidades baseando-se apenas na vivência das criadoras de conteúdo.

Observa-se que um dos provocadores para essa condição de busca pode ser proveniente da falta de acessibilidade de profissionais especialistas na área, nos ambientes públicos ou particulares, ou nos casos de acesso, a falta de recursos para bancar o atendimento. A fala da participante 3C resume essa situação:

> **E como eu moro no interior, mesmo particular, é muito escasso de médicos e tudo mais**, e como eu não sabia da minha condição, que era a síndrome dos ovários policísticos, eu percorri um caminho muito longo, porque até os médicos da minha cidade eles não tinham conhecimento. **Então tudo o que eu aprendi e tudo que eu busquei para que o meu positivo viesse, foi principalmente através do *Instagram*, seguindo médicos, pesquisando uma coisa e outra.** (PARTICIPANTE 3C)

Mesmo que essas tenham também uma realidade de tentativas, verifica-se problemáticas acerca dessa prática. Pode-se citar a divulgação de informações sem ser especialista na área, e baseando-se apenas na sua realidade, ou o incentivo de produtos através

do consumo próprio, sem confirmação da sua efetividade para a realidade de outrem. Observou-se tal prática em poucos casos, na visualização de perfis na plataforma *Instagram*, porém, na maioria dos relatos de participantes e entrevistadas, verifica-se o contraponto dessa possível realidade:

> **Quando eu fiz mais ou menos um ano de tentante, eu estava procurando algumas coisas no *Instagram* sobre o meu diagnóstico.** E assim, várias páginas, mulheres que eram tentantes e tinham essa página anônima onde postavam as coisas que aconteciam, essas coisas. **E eu me sentia à vontade em fazer também.** E foi muito bom para mim porque eu conheci muitas meninas. Que passavam pelo que eu passava. A **gente trocou muita experiência, com algumas troco até hoje** no meu *Instagram* sobre maternidade e troquei também na época de tentante e gente, assim, para mim foi muito bom, apesar de na época de eu estar no anonimato, para mim assim ajudou muito mesmo. (PARTICIPANTE 2B)

Essa busca de informações ocorre não obrigatoriamente apenas nas redes sociais. Notou-se que entre participantes e entrevistadas, aquelas que não se sentiam à vontade para participação de grupos de apoio, recorriam a relatos de outras tentantes através de opiniões no *Google Reviews* ou na plataforma digital *YouTube*. A experiência através do consumo de medicamentos ou se serviços de especialistas em tratamentos, se mostram novamente um forte para transparecer credibilidade para as mulheres tentantes ouvidas nessa pesquisa, como verificado abaixo:

> Eu acho importante as redes sociais, a clínica que eu fiz o meu tratamento eu conheci pelo *Instagram*. **Do nada me apareceu, aí eu fui pesquisar. Eu fui pesquisar as clínicas, os comentários das pessoas, a avaliação no *Google*, então muita coisa assim**. [...] algumas redes sociais são muito importantes, hoje em dia consigo muitos médicos, muitos ginecologistas, muita obstetra. E até um médico que eu estou fazendo meu pré-natal agora, eu o vi pelo *Instagram* e ele é um médico maravilhoso, o atendimento dele é 1000 para mim! Se não fosse ele, não estaria grávida agora. Teria perdido o meu bebê. Então eu acho assim, de extrema importância. (PARTICIPANTE 4A)

> **Foi pesquisando sobre a Enoxoparina, que era a injeção que eu estou tomando. Eu comecei a pesquisar sobre, se era normal**, se o bebê poderia nascer com alguma má formação por causa dessa injeção. **Eu comecei a ver vídeos de mães no *YouTube*. Que era normal, que a gravidez estava sendo tranquila, que não tinha perigo algum**, mas de grupo mesmo assim, esse tipo de *WhatsApp*? Não, não só mesmo vídeo de mulheres relatando. [...] quando eu engravidei, que eu descobri dessa complicação, eu fiquei muito aflita, eu chorava, tudo eu tinha medo. E eu pensava, que a gente sempre pensa, que é só a gente que passa por isso. **Mas quando a gente vai ver que é milhares de mulheres, que está com o seu bebê arco-Íris, que toma essa injeção todos os dias, vi que é normal, então não precisava ficar tão aflita.** (ENTREVISTADA 17)

Desse modo, observa-se mesmo que as redes sociais digitais sejam fomentadoras de comunidades de acolhimento, suporte sem julgamentos e alívio entre as mulheres tentantes, verificou-se a recorrente busca dessas plataformas como fonte de informações, em especial,

quando não se há acessibilidade de bons profissionais ou recursos para atendimentos voltados para essa realidade.

Além disso, percebeu-se que nesses contextos, a preferência do anonimato para além da preservação de informações. Não ser reconhecida nas redes sociais, propicia uma jornada para desabafos mais abertos e sem julgamentos sobre a realidade experenciada. Notou-se nessa comunidade também a utilização de simbolismos que colaboram para identificação e privacidade. No próximo tópico será mostrado os achados acerca do luto sofrido por essas mulheres e as possíveis consequências a respeito das experiências traumáticas vivenciadas.

4.3 Luto e Experiência Traumática

Através dos tópicos abaixo será analisado a partir de relatos de entrevistas e grupos focais a influência do luto para o consumo de mulheres tentantes, assim como a influência de experiências traumáticas na tomada de decisões. Através dos simbolismos criados pelas enlutadas verifica-se a validação da maternidade de mães de anjos, os sentimentos desencadeados pelo falecimento do bebê e suas influências, como também os consumos restaurativos para passar por uma perda gestacional, neonatal ou infantil.

4.3.1 Símbolos e atos simbólicos criados após uma perda

A partir das análises coletadas em campo, observou-se que há um apego a objetos materiais (Belk 1990; Love & Sheldon, 1998), o que valida a vivência de luto pelas mulheres tentantes à maternidade não vivenciada por completo. Além das opções de simbolismos escolhidas após a perda, em compreende-se uma forma de consumo, por oferecer a oportunidade escolha (Canning & Szmigin, 2010). Dito isso, através dos relatos de quem guardou todos os itens do bebê perdido, interpreta-se que há o intuito de homenagem da mãe enlutada para preservação e validação da existência da criança perdida, como visto no relato abaixo:

> Minha bebê morreu com 2 meses e guardo tudo até hoje, dia 6 agora ela faria 5 anos, **tenho tudo nunca doei**. **E nem tenho coragem. Tive outra perda depois dela, e só depois tive meu bebê arco-íris.** (PARTICIPANTE 4C)

Através das discussões nos grupos focais e interpretações das entrevistas, visualiza-se que o processo das mulheres tentantes enlutadas oscila entre a abstenção a aceitação, como

proposto por Kübler-Ross (1973). Inclusive, quando relatado por outra participantes que tinha se desfeito de todos os itens, a participante 4C complementa sua fala com “parabéns por ter conseguido, um dia quero que Deus me dê essa força e coragem também”. Vê-se que mulheres tentantes passam pelos processos de luto e que se desfazer de itens que outrora seriam destinados para um bebê esperado, podem ser motivos de tristeza, mas reconhecem a intenção de passar para outra etapa, com a doação de itens.

Inclusive, essa ação é muito utilizada entre as mulheres tentantes. Acredita-se que esse achado está em consonância e complemento ao estudo realizado por Van e Meleis (2003), como uma provável estratégia utilizada pelas mulheres tentantes para lidar com o luto. No caso, em combate as lembranças do bebê após uma perda involuntária da gravidez, mas não somente nessa condição, vê-se essa prática em outros tipos de perdas. As falas a seguir estão em concordância com essa interpretação:

> Guardei testes de gravidez, exames de imagem. Mas **objetos em específico, não guardei, fiz doação**. (PARTICIPANTE 6A)
>
> Eu respeito o que funciona para cada casal. Eu guardei durante um bom tempo (macacão branco, sapatinho, um mordedor e um pacote pequeno de fralda) mas **doei para uma mamãe que precisava**. (PARTICIPANTE 5B)
>
> Eu acho válido para quem tem a maturidade sentimental, porque tem mulher que ela guarda aquilo dali e ela vive um eterno luto para sempre, daquela perda. Então ela não tem a maturidade de conseguir lidar com aquilo que ela guarda. Por exemplo, uma roupinha… Eu não guardei. Eu doei algumas coisas que eu tinha comprado, e não por falta de maturidade, mas porque não quis guardar. (ENTREVISTADA 4)

Ainda que exista aquelas que buscam se desvencilhar de lembranças da criança, outras tratam o ato de guardar objetos como forma de superação do trauma sofrido e validação da existência do bebê perdido. Observa-se a possibilidade de associação, que em casos de entrega dos objetos que iam ser destinados ao bebê esperado, haja o comprometimento à memória do ente perdido, mesmo que esse não tenha vingado à vida. Interpreta-se o ato de guardar os objetos do bebê/criança perdido como uma forma de manutenção também do eu estendido da mãe.

De acordo com Belk (1988), o outro pode ser visto como posse, e o luto perante a morte, nessa condição, tem a possibilidade da perda de si mesmo. Partindo dessa interpretação, vê-se que a guarda de objetos pelas mulheres tentantes é uma forma de se manterem diante do luto e resgatarem a presença do bebê perdido, já que são elas que sentem a mudança no corpo, que sofrem alterações hormonais e físicas, que sentem os primeiros movimentos da criança, e se

desenvincilhar dos objetos que seriam destinados a criança, é se desfazer dessas memórias também. Essa declaração abaixo colabora com essa perspectiva:

> Eu tenho meu bebê arco-íris, vai fazer 5 anos que eu perdi minha filha, e recentemente voltei tomar remédio controlado. É uma montanha russa, um filho não substitui o outro. [...] **Lembro que tanto meu psiquiatra como minha psicóloga mandavam eu me desfazer das coisas dela, como se fosse fácil**. (PARTICIPANTE 4C)

> Eu assim que eu descobri que eu estava grávida, contei para minha família. Eu ganhei da minha cunhada um sapatinho, uma roupinha e 1 kit de fralda. **Eu abraçava aquela roupa, ficava loucamente pensando nele lá dentro daquela roupa**, e quando eu descobri que perdi, que saí do hospital, que eu vim para casa, **eu passei uns 15 dias, todos os dias e todas as noites, eu chorava abraçada naquela roupinha, aquele macacãozinho vermelho**, até hoje eu tenho guardado. Ainda hoje eu peguei nele e abracei assim, cheirei, então foi muito importante. **E eu sempre vou guardar para sempre essa roupinha**. (PARTICIPANTE 4A)

Observou-se outros itens que as mulheres tentantes relataram importante guardarem, seja para preservar a memória do bebê perdido, seja para validar a sua existência. Além da guarda de roupas e sapatos, vê-se a preservação de testes de gravidez, exames realizados durante o tratamento e embalagens de medicamentos. Notou-se que em casos que a mulher teve mais de uma perda, os itens guardados resumem-se aquele que teve uma vida mais prolongada. As declarações a seguir propiciam essas colocações:

> Eu guardei **o teste de gravidez**, tanto de farmácia quanto o de sangue, **e o primeiro ultra.** (PARTICIPANTE 2B)

> **Tenho guardado todos os testes que eu fiz, tenho roupinha, a primeira roupinha, chupeta, tudo isso**. [...] Todas que eu testei positivo, **eu tenho os testes guardados, cartão de gestante que eu cheguei a fazer tudo lá, guardadinho. As minhas cleclixânicas** (Clexane – medicamento para evitar Trombose Venosa), tudo guardadinha. (ENTREVISTADA 6)

> Porque assim, o **primeiro bebê que eu perdi foi o que mais a gestação mais durou, que eu perdi com 10 semanas, então assim, eu já tinha ganhado algumas coisinhas dele, inclusive, acho que um sapatinho, 1 sapatinho e 1 blusinha eu guardei**. Hoje eu tenho guardado, essa roupinha dele, mas os demais, como já era uma coisa que eu não me comprava mais nada. **No primeiro eu ainda tenho uma recordação guardada, mas os demais eu não tenho não.** (ENTREVISTADA 15)

Além desses itens, a impressão de fotos e a criação de um memorial também é visto como consumos para preservação do filho perdido. Na declaração da entrevistada 11, ela direcionou os itens do filho falecido a doação, mas após o nascimento da sua filha arco-íris, dividiu o quarto que antes era dele, para eles, com simbolismos que representassem os dois. Após a perda infantil do filho, a entrevistada enfatiza que através dela que ele se mantém vivo, dessa forma, consumos como os citados validam a existência dele e possibilitam a

normalização da experiência traumática vivida. A seguir seu depoimento que corrobora com essas colocações:

> **Quando ele faleceu, no dia seguinte, nós doamos tudo**. Algumas coisas a gente vendeu. Mas eu deixei uma caixinha. Eu tenho uma caixa aqui guardada com as coisas que eram mais importantes para a gente. Quando eu tenho vontade, eu vejo no quarto da minha filha, no quarto que a gente montou para minha filha, que era o quarto dele, que a gente só tinha um quarto deles. E **eu coloquei um adesivo na parede assim, com várias borboletas coloridas. Tem uma nuvem numa ponta, o arco-íris no meio, uma nuvem na outra ponta. Numa ponta está escrito o nome dele, e na outra está escrito o nome dela. E nesse quartinho eu fiz prateleiras, só num pedacinho assim, e eu tenho vários porta-retratos dele. Foto impressa, depois que ele morreu, eu imprimi todas as fotos dele.** Quando ele morreu, a escolinha que ele estudava mandou um banner bem grandão assim com a foto dele, com uma frase bem bonita, está pendurada na parede. Então assim, **eu tenho as fotos dele pendurado na parede, só que é o quarto da minha filha arco-íris, com as coisinhas dela e eu sempre falo para ela que é dos dois.** (ENTREVISTADA 11)

A partir dos depoimentos das pesquisadas, vê-se exemplos de consumo voltados para a dor do trauma passado. Entre os relatos, cita-se fazer tatuagem como uma ação voltada para preservação da memória do bebê perdido. De acordo com Belk (1988), esse consumo configura-se como uma extensão do eu-estendido em nível individual, dessa forma, interpreta-se que realmente a possibilidade das mulheres tentantes considerarem os filhos perdidos extensões do eu, e por conta o luto deve ser validado. As falas abaixo são condizentes com essa citação:

> A minha melhor amiga fez um quadro para mim como se fosse eu e meu anjinho, tenho o teste e o exame de sangue ainda, o caderno do pré-natal, e **fiz uma tatuagem para eternizar na minha pele**. (PARTICIPANTE 4B)

> Tatuagem, só tenho medo, mas **eu queria fazer uma tatuagem com meus 2 anjinhos**. (ENTREVISTADA 2)

De acordo com Layne (2000) bens adquiridos ou fabricados com intuito de preservação da memória da criança ajudam os pais normalizarem a perda do bebê, além de colaborar com a concretização das experiências de maternar. Embora não seja citado na fala da entrevistada 9, vê-se que através da materialização de um memorial a possibilidade de integração da criança perdida ao seio familiar, que é bastante discutido no estudo empírico citado.

Através da explanação da sua vivência, a entrevistada 9 também valida a perspectiva acerca da importância que a prestação de serviços voltados para ângulos que humanizem e simbolizem o momento passado. No estudo de Turley e Donohoe (2017) vê-se como a flexibilização para o serviço colabora para a experiência do enlutado, o que se observa em prática através da fala abaixo. Através da ação de conceder as digitais e a confecção de uma carta como se fosse o filho, as prestadoras de serviço em saúde humanizaram e colaboraram

positivamente sobre a experiência da mãe enlutada, além de colaborarem indiretamente para a criação de um memorial:

> Sim, **eu tenho as digitais dele, que a gente ficou da maternidade, que elas deram uma cartinha para a gente com a digital do pezinho dele, dos 2 pezinhos**, e eu tenho na minha sala, **eu mandei fazer um porta-retrato com essas digitais para ficar na sala** [...] é como se eu estivesse sentindo a presença dele dentro da minha casa, como se eu sentisse mais ele. (ENTREVISTADA 9)

Sabe-se que a vivência sobre o trauma sofrido é algo individual, dessa forma, o indivíduo pode transformar a sua experiência em algo negativo ou positivo. Observou-se a partir disso, que os simbolismos criados a partir da experiência traumática da perda de um bebê, pode colaborar para resultados positivos. A jornada das mulheres tentantes, embora bastante vulnerabilizada, pode ser predecessora de resiliência e ações em benefício para a sociedade inserida, como visto no depoimento a seguir:

> **Quando eu perdi meu filho, a primeira coisa que fizeram comigo foi me visitar e me levar para um grupo de apoio que a gente tem aqui na igreja.** E lá já tinha várias mães de filhos falecidos. Eram pais, mães e família, sabe? Gente que tinha falecido de qualquer idade e que isso foi o que me ajudou muito. Inclusive, essas mães que a gente conhece no mundo inteiro, **todo ano a gente faz um encontro, chama um Encontro de Pais e Mães de Anjo**. O ano retrasado aconteceu aqui em Londrina, o ano passado foi lá na Bahia e esse ano agora, o mês que vem, vai ser no Rio de Janeiro. Então, **todo ano há a escolha de uma cidade de alguém**, que se prontifica e fala, 'pode ser aqui na minha cidade', daí a pessoa aluga uma chácara, providencia tipo um almoço, tudo. **Depois a gente faz uma rifa para reverter em dinheiro de quem não tem condição de ir, para que a pessoa possa estar junto e reúne todo mundo**. É bem bonito assim de ver aquele monte de gente. **E tem oração e tem conversa e tem psicóloga falando.** [...] **A gente acaba ressignificando essa dor e a maioria das pessoas que eu conheço faz dessa dor uma ajuda ao próximo**. Então assim, nós temos mães que toda quarta-feira vai para as ruas, que fica a semana inteira fazendo marmita e toda quarta-feira vai para as ruas de madrugada entregar a marmita para mendigo, como tem outras mães que entra na favela para levar brinquedo para crianças, **nós temos o Lute como uma mãe de Anjo que vendia a camiseta, revertia em dinheiro e fazia doações para instituições carentes de Londrina.** (ENTREVISTADA 11)

A partir da vivência da entrevistada 11, notou-se como uma corrente desencadeada por uma característica em comum possibilitou a criação de uma comunidade restaurativa para mulheres que se encontram na mesma situação que ela. Em exploração, foi possível interpretar que através dessa comunidade, com a ajuda de outras semelhantes, a entrevistada conseguiu passar pelo momento de luto. Verifica-se assim um achado, que comunidades restaurativas também podem ocorrer após a experiência traumática da perda gestacional, neonatal ou infantil por mulheres tentantes enlutadas.

O relato da entrevistada também corrobora com o estudo empírico de Schultz et al., (2016), em que os autores reforçam como o vínculo criado em ambiente de comunidade pode

colaborar no sentido de pertencimento e identidade. Através do depoimento dela, vê-se consumos sendo construídos em prol de benefícios de melhorias para outros pais e mães enlutadas pelas perdas dos seus filhos.

Pode-se citar as reuniões já realizadas em vários locais do país, rifas para que outros pais enlutados participem do evento, palestras com profissionais voltados para o tema e venda de camisas para que a renda revertida ajude outras pessoas. Essas e outras ações percebidas, convergem com os estudos de Baker e Baker (2016), Ozanne e Ozanne (2021) e Scussel e Suarez (2022), pois os recursos materiais contribuem para circulação da comunidade, há a troca de indivíduos que colaboram para suporte e improvisação, e através da comunidade criada, percebe-se que a dor individual pode ser amenizada ou transformada em algo positivo.

Inclusive, esse último estudo empírico (Scussel & Suarez, 2022) estava voltado para perda de experiências extraordinárias. Dito isso, observa-se a possibilidade de exploração em profundidade acerca da ação colaborativa em comunidade em grupos que passaram por uma experiência traumática. Acredita-se que através desse estudo, o interpretativismo aqui demonstrado possa ter um desenvolvimento mais abrangente e direcionado para ações conclusivas.

Outro simbolismo criado e consumido pelo grupo apresentado pela entrevistada 11, é a transformação vista na metamorfose da borboleta. A destinação de um significado para um ser irracional com intuito de ressignificar a perda e amenizar a dor do luto, mostra-se como algo inesperado, mas com muita importância, como visto abaixo:

> Quando a gente está em algum lugar que parece uma borboletinha ali pulando, **a gente sente que é um dos nossos e é representada pela borboleta, por causa da evolução muito rápida dela**. Então isso é uma questão, **que todas as crianças que falecem, pelo menos ali no nosso grupo**, quando a gente vai falar informações deles assim, **é uma coisa que tem muito fort**e. E acaba coincidindo em todos, que eles tinham uma evolução muito rápida, uma vontade de viver muito grande e fazia tudo muito rápido, **como se eles soubessem que eles tinham pouco tempo aqui, igual a evolução da borboleta, sabe?** (ENTREVISTADA 11)

Observa-se que o ato de expressar sua conexão com a borboleta, também colabora para manter a memória do filho falecido viva, cultivando uma narrativa. Essa ação converge em resposta para os questionamentos levantados por Truc (2018), mas não concludente, além de colaborar com as narrativas individuais necessárias para compreensão de expectadores externos (Baker & Baker, 20216).

Por vezes, o consumo das mães tentantes enlutados não é valorizado, porque são mães sem um filho no colo. Pela falta de representação e validação de outros, as mulheres aqui vistas

apontam que não são reconhecidas, e por isso recorrem a outras semelhantes, ou grupos, para conseguirem relatarem a dor da experiência traumática passada. Observa-se que são essas que consomem e fazem valer a memória dos seus filhos perdidos, mas não são valorizadas como devem, inclusive dentro do seio familiar:

> **Porque eu me sentia mãe, mesmo que eu não estivesse com meus filhos nos braços**. Minha mãe, minha irmã, meu pai, eu estou citando as pessoas que eu mais amo e importo. **Então essas pessoas não me viam como mãe, mesmo diante de todo o meu sacrifício, mesmo diante de todo o meu sofrimento**. Não me viam como mãe. Por quê? Porque elas não me viam com o filho no colo. **E isso dói muito, isso magoa muito. Isso gera uma lacuna absurda na sua cabeça, você não consegue conceber isso.** (ENTREVISTADA 5)

Outra observação que surgiu através dos símbolos nos perfis de *Instagram* (emoticons de anjo), nos casos da existência de um nome ao filho perdido, esse não se repetia para o filho arco-íris, destacando assim a identificação ao bebê falecido. Novamente, um possível tipo de posse ao nível individual, que Belk (1988) sinalizava. Quando questionadas quantos filhos tinham, as participantes e entrevistadas sempre contabilizavam a existência do filho perdido, mesmo que essa já fosse mãe de um bebê arco-íris, visto em resumo pela fala da participante 5A:

> **Eu incluo os 2 bebês que perdi na conta dos filhos. Então eu tenho 6 filhos, 2 no Céu e 4 na Terra.** Quando faço algo representando a família coloco 2 estrelas, 2 asteriscos, 2 brilhinhos, 2 anjinhos, etc., para lembrar e representar as minhas 2 perdas. Também fiz o quartinho da minha filha com tema de arco-íris (emoticon de arco-íris) porque isso simbolizou muito para mim. A primeira roupinha que ela usou foi com tema de arco-íris também. (PARTICIPANTE 5A)

A existência do filho é transpassada pela fala da mãe enlutada. Vê-se a existência de uma busca para esquecimento, mas é através da fala e do consumo acerca da experiência traumática que a mulher valida o ocorrido. Pode configurar-se a perda gestacional, neonatal ou infantil um trauma, pela sua natureza transformadora, e verifica-se que os consumos já citados colaboram para construção de resiliência e expressão tátil das emoções passadas, vistas necessárias em decorrência do processamento do trauma (Truc, 2018, Ulver & Askanius, 2020). Há a corroboração dessas colocações na fala a seguir:

> **Eu decidi que o meu filho, ele ia viver por mim, porque quem está ao nosso redor passa 2, 3 meses, esquece. Só que eu seria a única pessoa que ia lembrar dele**. Então, se eu morresse, ele ia morrer junto comigo porque daqui uns dias ninguém ia lembrar de mim, da minha morte. Consequentemente, jamais lembraria dele. Então eu decidi que eu ia lutar e ficar bem, porque eu não ia deixar. Eu não ia esquecer ele. Eu não ia deixar ele morrer de novo, porque ele teve uma morte. **Mas a segunda morte era quando eu parar de falar dele.** (ENTREVISTADA 11)

Vê-se através das colocações que o apego a bens materiais, a doação de itens, a fabricação de memoriais, a impressão de fotos e ação de fazer tatuagens, são alguns dos consumos citados que mulheres tentantes se utilizam para passar pela experiência traumática que é a perda gestacional, neonatal ou infantil, e ressignificarem a situação de luto. Um dos achados é a associação do eu-estendido de Belk (1988) a perda do bebê pela mulher, como ajuda a manutenção da conexão com a criança falecida.

Outro achado foi a verificação da criação de comunidades de apoio após a experiência traumática, como forma de resiliência ao momento de luto. Vê-se nessas comunidades consumos diferenciados e direcionados a superação e ressignificação da perda. No próximo tópico será verificado os sentimentos desencadeados pela experiência traumática, e as consequências sobre o consumo da mulher tentante.

4.3.2 Sentimentos desencadeados pela perda

Identificou-se através do desenvolvimento das análises, sentimentos desencadeados pela perda gestacional, neonatal ou infantil. Em sequência de citações vê-se tristeza (9 vezes), dor (6 vezes), frustração (5 vezes), incapacidade (5 vezes), medo (4 vezes), impotência (4 vezes), expectativa (3 vezes), ansiedade (2 vezes), revolta (2 vezes), vazio (2 vezes), culpa (2 vezes) e fracasso (2 vezes).

Outros sentimentos também foram mencionados apenas uma vez, mas considera-se citá-los para investigações futuras, são eles: desespero, insuficiência, decepção, desânimo, fé, sofrimento, incredulidade, descrença, força, confiança, mágoa, derrota, desespero e castigo. Notou-se a citação de sentimentos positivos, como força, fé e confiança, demonstrando uma possível mudança de percepção sobre as reações negativas acerca de uma perda gestacional, neonatal ou infantil.

Nessa conjuntura, identificou-se em análise que os relatos são condizentes com o estudo de Baker e Baker (2016), quando os autores indicam que eventos traumáticos influenciam resultados positivos, mas nessa situação, em universo individual. Interpreta-se que a depender de como a mulher tentante enlutada trata o situacional vivenciado, a sua experiência frente as tentativas frustradas pode ser alicerce de enfrentamento, como visto no relato a seguir:

> Eu acredito que você, **com as perdas que você vai tendo, você vai ficando mais forte.** E assim, eu me senti mais forte no sentido que eu fui atrás. Porque tem mulheres que se frustram, pronto, ‘eu não quero mais’, ‘eu perco’. Eu não. **Com essas minhas perdas, elas me ensinaram a ir atrás de uma solução, tentar procurar,** porque

> assim o meu problema não é engravidar, eu conseguia engravidar normal. O meu problema era manter, então assim, isso eu sabia que existia alguma coisa que poderia me ajudar. **As perdas, elas me ajudaram a ir atrás, a ter força. Eu me senti mais forte, eu tive mais confiança de ir atrás e consegui. Hoje eu tenho uma vitória, que é o meu filho.** (ENTREVISTADA 15)

Despertou-se a necessidade da investigação de sentimentos devido a demanda de entendimento sobre o sofrimento passado por essas mulheres tentantes e como isso pode influenciar na tomada de decisão dessas consumidoras (Belk, 1988). Não se identificou situações características de consumos específicos, acredita-se que por uma falha no instrumento de pesquisa. Porém, detectou-se possíveis estruturas de situacionais que favoreçam a vulnerabilidade da mulher tentante enlutada, que colaborem para decisões rápidas e precipitadas (Gabel et al., 1996).

Experiências traumáticas como a perda de um filho, seja de forma neonatal, infantil ou gestacional, pode acarretar longos períodos de sofrimento, além do possível desencadeamento de transtornos que prejudiquem o cotidiano das mulheres tentantes. A partir das experiências relatadas, das participantes e entrevistadas, vê-se como o luto pelo ser que não veio a vida pode perdurar por muito tempo, como visto abaixo:

> Eu sempre falei, chorei, vivi/vivo o meu luto até hoje, **já faz 4 anos e 10 meses, e às vezes ainda me dói falar sobre**. (PARTICIPANTE 4B)

> O sentimento em si eu não sei, mas assim, é uma dor que você não sabe onde dói, porque eu acho que isso é muito mais para a gente mãe mesmo, sabe? Porque o marido, o pai só vai ver depois que nasce, mas quando a gente recebe um teste positivo, aquele filho já existe, aquele filho já é nosso. Você cria toda uma expectativa, então saber que não vai rolar, são muitos "se's" que ficam na cabeça da pessoa e é uma dor que não tem, **porque a dor do procedimento, a dor da medicação, tudo passa. Mas a dor do luto em si, é difícil passar**. (ENTREVISTADA 2)

A partir disso, vê-se situacionais de cotidianos que podem prejudicar o consumo das mulheres tentantes enlutadas. Além dos sentimentos negativos já expostos anteriormente, nota-se que a opinião externa exacerba as emoções sentidas, e consequentemente prejudica a tomada de decisão dessas mulheres. Como exposto por Bonsu e Belk(2003), a percepção do outro pode ter influência sobre os indivíduos enlutados, o que se observa bastante característico nos relatos relacionados abaixo:

> **Eu suava frio em rodas de amigos, quando o assunto filho era tocado**. Pura ansiedade. [...] **ver minhas amigas engravidando, me sentia pequena.** Eu não conseguia evitar. (PARTICIPANTE 5B)

Sentimentos desencadeados pelo luto da perda também podem ser predecessores de consumos de tratamento. Embora visto em análise em menores relatos, salienta-se a existência dessa consequência devido o trauma sofrido. De acordo com Rogers *et al*. (2018), um dos efeitos a longo prazo de perder um filho pode ser piora no bem-estar e sintoma mais depressivos. Os depoimentos a seguir colaboram com essa perspectiva:

> Verdade, eu tenho meu bebê arco-íris, **vai fazer 5 anos que eu perdi minha filha, e recentemente voltei tomar remédio controlado.** É uma montanha russa. Um filho não substitui o outro. (PARTICIPANTE 4C)

> Eu fiquei muito mais medrosa, quando eu engravidei pela segunda vez, por exemplo, eu tive uma crise absurda de choro quando eu vi que eu estava grávida, só pelo medo de perder novamente. **Eu fiquei muito sensível a tudo** [...] **eu fiquei num estado de medo profundo. Eu não queria mais engravidar.** Eu não queria, porque eu tinha medo de passar por tudo de novo. Porque além da dor física que a gente sente, é uma dor emocional muito grande. **É um vazio emocional, porque você é uma mãe que não tem um no colo.** Você está se recuperando de um parto que seu filho não está com você, porque é um parto, é muito dolorido. (ENTREVISTADA 5)

O processo que a mulher tentante enlutada vive é cercado de sentimentos que são desencadeados no processo traumático vivido, como a curetagem. Por se tratar de um parto com o processo de retirada de todo e qualquer composto placentário dentro do útero, ele pode influenciar a vivência individual a partir disso, dificultando atividades que antes feitas de forma comum, para algo difícil e até mesmo gatilho de sentimentos ruins (Hammer et al., 2017). As exposições abaixo contribuem para essas interpretações:

> Em primeiro lugar, me senti incapaz. Quando eu cheguei em casa, depois da curetagem, era como se eu tivesse saído com um bebê nos braços e voltado sem ele. **Foi mesmo um luto bem profundo**, o que eu tive, e tentava me sobressair trabalhando, tentando não pensar. **Fiz várias cartinhas para tentar colocar para fora o sentimento que eu estava tendo,** e graças a Deus eu consegui superar essa perda. (ENTREVISTADA 10)

> Eu acho que você sente muita dor, você sente muita tristeza. Eu acho que é muita tristeza. V**ocê perde alguém que você não teve.** É como se você tivesse começando algo. Você vê ali, você postou grávida. É muito rápido. Uma hora teus hormônios estão lá em cima porque está grávida. Outra hora tu vê tudo despencando porque tu está perdendo o bebê. **É aquele processo de você vai fazer o exame, espera mais um pouco, vamos fazer o exame de novo na próxima semana, e você já vai para casa sabendo que tem algo errado.** É devastador, você sente muita dor e muita tristeza. (ENTREVISTADA 3)

Em análise observou-se como os sentimentos desencadeados pelas perdas gestacionais, neonatais ou infantil podem provocar situacionais difíceis e conflitantes para as mulheres tentantes enlutadas. Embora visto que pode ser precursor de resiliência e sentimentos positivos frente a experiência traumática da perda, em sua maioria vê-se que os sentimentos negativos são mais influenciadores para decisões de consumo e tratamento, colaborando para decisões

imediatistas. A compreensão e conhecimento desses sentimentos se mostra necessário para oferta de suporte adequado ao situacional dessas consumidoras.

4.3.3 Consumos Restaurativos para passar pela perda

Buscou-se através de análise de dados saber se as práticas de consumo expostas por Caldwell e Henry (2017) eram aplicáveis também nas perspectivas de mulheres tentantes enlutadas. Entendeu-se que não só são possíveis, como se mostram coerentes para benefícios ao longo da jornada tentante. De acordo com os autores, os consumos são vistos como estratégias para lidar com o momento sofrido e se dividem em restaurativas e transformadoras.

Como o próprio nome sugere, as práticas de consumo restaurativas estão voltadas em restaurar as dores individuais, de dentro para fora, com o intuito de aprimorar a versão individual do ser-humano. Entre os relatos das mulheres participantes e entrevistadas, vê-se em maioria a busca de consumos clássicos para a situação de perda passada, como a busca por terapia e livros. Outro consumo restaurativo citado, foi a busca por atividades físicas específicas, como "aulas de natação" (PARTICIPANTE 6A).

Observa-se que algumas práticas de consumo restaurativas se comportam na sociedade contemporânea como essenciais para situacionais traumáticos. O consumo da terapia mostra-se como uma ação necessária após momentos assim. Entre os relatos de entrevistadas e participantes, vê-se a confiança e importância depositados na prática da terapia para superação e tratamento do luto ao momento de dor. Os relatos abaixo resumem e colaboram com essa perspectiva:

> **Procurei a terapia depois de mais de 1 ano como tentante**, eu tinha crise horríveis de ansiedade com esse assunto, ainda mais depois dos diagnósticos. **Após a perda, mesmo com a terapia, ainda tinha crises**. (PARTICIPANTE 2B)

> **Terapia eu fiz diversas**. Eu fiz de mesa radiônica a constelação familiar. Sim, eu fiz diversas. [...] **Trabalhou a minha culpa**, porque eu achava que a culpa era minha, porque eu demorei. Como os médicos falavam muito isso, você acaba absorvendo. E aí eu falei, 'poxa vida, a culpa foi minha mesmo que eu demorei anos e tal', mas assim, nenhum dos meus exames acusou nada. Eu sempre fui uma pessoa que jogava basquete, então eu sempre fui uma pessoa atleta, nadava. Então na minha vida, eu sempre muito ativa, de atividade física, nunca estava acima do peso e **eu fui procurar essas alternativas justamente para trabalhar a culpa e me ajudou, porque hoje em dia eu já sei que essa é a minha história**. **Assim, eu não dei margem as perdas, eu não tenho culpa nenhuma sobre elas.** Eu trabalhei bastante isso e me ajudou muito. (ENTREVISTADA 8)

Outro consumo restaurativo citado como alternativa no tratamento pós situacional traumático, foi a busca dos livros. Observa-se que em tempos de inteligência artificial e

globalização, verificar a busca de livros como forma de passar por um momento traumático, mostra a atemporalidade desse consumo. Entre os relatos, verifica-se a busca de identificação pelo situacional vivido e a prática de um hábito já consolidado. As falas seguintes refletem essa interpretação:

> **Comprei dois livros de uma tentante que tinha conseguido engravidar e ela contava a trajetória dela sobre que ela passou pela fertilização e conseguiu**, por isso comprei dois livros dela. **Me ajudou muito, porque quando eu lia, eu via na história dela uma semelhança com a minha, que me dava uma luz no fim do túnel.** Pensava, bom, se ela também passou por uma perda gestacional, fez a fertilização, engravidou, mas depois não evoluiu a gravidez, mas lá na frente ela conseguiu o bebê, eu também vou conseguir, **então, de certa forma me acalmar, me ajudar nesse processo de superação da tristeza, o que eu considero um luto, que você perde**. (ENTREVISTADA 1)

> **Eu gosto muito de ler**, como eu sou da área de humanas, eu gosto muito de ler. E não tem muitas publicações de livros, referente ao assunto. **Tudo que tinha eu comprei.** A minha biblioteca hoje tem de Louise L Hay até escritores brasileiros. (ENTREVISTADA 8)

Um consumo identificado como diferente do comumente estudado pelos estudiosos citados é a busca pelo tempo de qualidade. Observa-se que em tempos tão vertiginosos, ter momentos de reflexão e ociosidade para entendimento do eu-indivíduo, se torna cada vez mais difícil, e em algumas percepções, um privilégio. Mas pela perspectiva da entrevistada 14, foram momentos assim que possibilitaram uma modificação e ressignificação da perda.

A condição em que se encontrava não era favorável para investimentos em terapia, embora tenha buscado, dessa forma, se reencontrar com a realidade vivenciada, caracterizou como um consumo restaurativo através de passeios em parques, visitas a lojas em shoppings, saídas com amigas, isso e outras ações possibilitaram um momento individual e de cura ao trauma passado, como visto a seguir:

> **A única coisa assim que eu realmente busquei foi começar a cuidar mais de mim.** Me dedicar um pouco mais no cuidado comigo. **Esse cuidado comigo era ter um tempo um pouco mais de qualidade para mim**. Eu já tinha começado fazer caminhada, mas aí eu comecei a me dedicar mais ainda na questão da caminhada. Na própria questão de eu sair um pouco mais, de casa, porque como eu tinha parado de trabalhar, ficava muito tempo em casa. **Então eu comecei a me permitir a sair mais vezes. Ir a uma praça, caminhar numa praça, e ou ir olhar a vitrine de loja.** Não podia entrar na loja e comprar, por questão financeira. Mas eu gostava de ir às lojas e olhar as coisas. **Um tempo maior de qualidade com as amigas**. Um café na casa de uma amiga ou as amigas vindo na minha casa. (ENTREVISTADA 14)

De acordo com Caldwell e Henry (2017), o lado positivo pós-trauma também são refletidos das estratégias para passar pela dor da perda, e por assim dizer, o luto. Consumos transformadores, segundo os autores, também caracterizam práticas utilizadas para transpassar pela dor e tristeza ocasionadas pelo trauma. Através da análise dos relatos coletados acerca do

fenômeno da pesquisa, identificou-se práticas como essas entre as mulheres tentantes enlutadas, como trabalho voluntário, busca de formação profissional e dedicação a ação laboral.

Sobre a prática de consumo transformadora do trabalho voluntário, as participantes e entrevistadas relatam como significante pode ser essa ação, para passar pelo situacional de luto vivido. “Fiz trabalho social e foi ótimo”, afirma a participante 5B sobre a sua experiência. Nota-se que através da ajuda a outros indivíduos, a mulher tentante enlutada tem a possibilidade de criar vínculos com a comunidade que está inserida, além de acrescentar através do pertencimento e identidade (Schultz et al., 2016).

Nos relatos vê-se que há a transposição do sentimento sofrido para colaboração em comunidade a outros indivíduos. Observa-se que o voluntariado proporciona através da irreflexão o distanciamento com o trauma sofrido e os sentimentos desencadeados pela perda. Nota-se que a prática possui uma benfeitoria dupla, colabora para diminuição da dor da mulher tentante enlutada e prospecta colaboradores humanitários. As falas a seguir colaboram com essas interpretações:

> Depois das perdas eu fiquei com crises de ansiedade horríveis. E tive que procurar ajuda psicológica. **Serviço voluntário também ajudou muito! Tirei o foco de mim, para outras pessoas**. (PARTICIPANTE 2C)
>
> **Eu me dediquei muito ao trabalho e as aos atendimentos voluntários**, lá na doutrina do amanhecer. Eu estava lá praticamente todo fim de semana, no meio da semana eu trabalhava e no fim de semana ia eu e meu marido para lá. **Eu ocupava minha mente o máximo que eu podia para eu não pensar nisso**. O meu trabalho lá dentro, me tirou da depressão, me deu confiança para tentar uma terceira vez. [...] s**e não fosse lá, os incentivos que eu tive lá, eu não tinha nem tentado**. (ENTREVISTADA 5)

Outros tipos de consumo transformador identificado foi a busca por uma formação profissional e a dedicação a ação laboral. A expressão através do trabalho é considerada também uma forma de distanciamento do momento de trauma vivido. Interpreta-se igualmente como uma maneira de retomar o controle sobre os sentimentos adquiridos pela perda gestacional, neonatal ou infantil. Os relatos abaixo contribuem para os entendimentos destacados e demonstra a importância que esses consumos provocaram na vida das mulheres tentantes estudadas:

> A minha primeira perda, **eu comecei fazer o meu curso técnico de enfermagem**, me ajudou bastante. (ENTREVISTADA 4)
>
> **Meu único escalpe mesmo era o trabalho**. Eu trabalhava em três cidades diferentes. (ENTREVISTADA 10)
>
> Comecei a me conectar mais com a natureza, e isso me ajudou, e a arte, **há menos de 1 mês comecei a fazer crochê,** minhas crises de ansiedade estavam vindo com muita

> força e não queria voltar com os remédios então comecei a focar minha mente em coisas boas (PARTICIPANTE 4B)

O achado de pesquisa nesse tópico, acerca das práticas de consumo restaurativas e transformadoras, é visto através da religiosidade das mulheres tentantes enlutadas. Verificou-se que mesmo sendo de diferentes religiões, é através da adoração que elas enfatizam que tiveram a resiliência e calmaria para passar pelos sentimentos desencadeados pela perda neonatal, infantil ou gestacional, configurando como um tipo de consumo restaurativo.

As religiões relatadas foram a evangélica batista, a evangélica luterana, o cristianismo e o espiritismo. Elas indicam que através da religiosidade obtiveram uma restauração individual, através de um consumo mais exacerbado a sua respectiva religião. A eudaimonia trazida as mulheres tentantes enlutadas através da leitura do livro sagrado, idas ao templo/igreja/culto, rezas direcionadas a cura, são alguns dos exemplos de consumo. Os relatos abaixo exemplificam essas declarações:

> **A bíblia**. Minha família, a gente tinha muitos momentos de oração. Eu tenho uma amiga, hoje a gente nem se fala mais, a gente se distanciou muito. Mas eu tinha uma amiga que ela ia para minha casa. **Ela saia da casa dela, eu ficava deitada na cama e ela cantava e orava comigo. Ela cantava para mim, ela lia a bíblia para mim e a gente orava juntas.** Isso fez diferença, ela lia às vezes, eu não falava nada, porque estava doendo muito. Às vezes eu nem queria comer, mas todas as manhãs ela ia. Ela lia a bíblia para mim, ela orava, ela ficava cantando. Eu acho que é importante. [...] V**ocê tem muitas fórmulas, como se as fórmulas servissem para todo mundo. E eu acho que isso é muito individual, de cada mulher, sabe?** Os processos são muito particulares, não tem uma fórmula. (ENTREVISTADA 3)

> **O meu conformismo veio, eu acredito que é porque eu sou espírita** e tem uma explicação espírita para tudo isso. Então eu conversando com as entidades, **lá na doutrina que eu frequento, que eu que eu vivo, que eu vivencio, minha fé, lá eu fui muito acalmada, eu fui ouvida, eu recebi amor, eu recebi compreensão, eu recebi esclarecimento e de certa forma, isso conforta o nosso coração.** (ENTREVISTADA 5)

> **Eu acho que a religião da pessoa, quando você é praticante, ela lhe ajuda bastante.** Então assim, **minha religião é evangélica**, eu sempre fui muito apegada em questão de estar em comunhão com Deus, de você está orando, de você estar jejuando, a religião em si, me ajudou bastante. **Então quando você tem um foco, você tem uma coisa, é mais fácil você conseguir, entendeu? Então a minha autoajuda foi Deus mesmo, foi a minha comunhão com Deus**. (ENTREVISTADA 15)

A problemática acerca disso é a forma que as mulheres também transformam a sua crença em algo determinante em suas vivências, ao ponto de ter influência direta no seu cotidiano e nas suas tomadas de decisão. Entre os relatos, foi posto o "castigo" recebido por uma das entrevistadas, que a sua perda teria sido decorrente de um pensamento de não ter querido por algum momento o filho perdido. Interpreta-se que o consumo da religião pode ser

reconfortante, mas autoritário, ao ponto de surgir sentimentos negativos, que podem exacerbar a jornada tentante dessas mulheres enlutadas. O relato citado, segue abaixo

> [...] depois que eu aceitei, que eu fiz ultrassom, que eu vi o meu filho na barriga, foi quando eu perdi. **Então creio que ficava na minha cabeça que Deus estava me castigando pelo fato de eu não ter querido o bebê e no dia que eu quis ele me tirou**. O sentimento que eu tive foi só esse, de culpa mesmo, de castigo, de que ele está me castigando pelo fato. Então eu passei muito tempo com isso na cabeça, que era castigo de Deus. **Era castigo de Deus e ele não vai me dar mais nenhum filho**. Desde então que eu fiquei pensando, eu digo, Deus não vai me dar mais um filho, vou ficar só com esse mesmo. **Eu fui castigada e pronto.** E todo mundo dizendo, "tire isso da cabeça que Deus não faz isso". Eu digo, 'não, eu fui castigada. Ele só me deixou amar meu filho quando eu amei'. Até quando eu falo eu me emociono. **Mas graças a Ele, agora eu consegui novamente, ele me deu meu filho**. A gente tá bem também. Essa gravidez agora está sendo de muita dor, assim de tudo, tudo eu tenho medo, medo novamente de perder. (ENTREVISTADA 17)

Em conclusão, nesse tópico destacou-se que os consumos restaurativos e transformadores também podem ser utilizados na vivência da mulher tentante enlutada, a fim de direcionar estratégias que redefinam a jornada sofrida. Identificou-se terapia, leitura de livros e exercícios físicos como exemplos de consumos restaurativos, e voluntariado, trabalho laboral e nova formação acadêmica, como citações para consumos transformadores. O achado desse tópico foi verificar a possibilidade que o consumo da religião como uma forma de consumo restaurativo para vivência de mulheres tentantes enlutadas.

5. FIGURA ESQUEMÁTICA

Com o intuito de facilitar os entendimentos acerca da análise apresentada, expõe-se abaixo uma figura esquemática com a síntese dos resultados empíricos. Nesse esquema, destaca-se as relações em que as evidências convergem, divergem ou são originais frente à literatura revisada.

	CONVERGE	DIVERGE	SÃO ORIGINAIS
VULNERABILIDADE DE CONSUMO DA MULHER TENTANTE	• Há vulnerabilidade percebida entre as mulheres tentantes ao suporte e serviços de saúde; • No sistema público de saúde, a investigação da perda gestacional ou neonatal só pode ser iniciada após 3 perdas;	• As pessoas que circundam as mulheres, como parceiros e familiares, podem ser causadores da vulnerabilidade de consumo nas tentativas ao bebê arco-íris;	• Falta de estrutura específica para mulheres que sofreram uma perda gestacional ou neonatal dentro dos hospitais; • A depender do problema de saúde que a mulher tentante tenha, a sua vulnerabilidade de consumo pode exacerbar.
GRAVIDEZ E BEBÊ ARCO-ÍRIS	• As mulheres tentantes utilizam as redes sociais digitais como fonte de informações e refúgio; • As mulheres tentantes mudam seus hábitos e práticas de consumo no intuito de engravidarem;	• O consumo do termo bebê arco-íris pode ser advindo de livros e locais de serviço a saúde, além das redes sociais;	• Recomendações para grávidas de evitar certos consumos, são também aplicados por mulheres tentantes, no intuído de terem o bebê arco-íris; • Algumas mulheres tentantes optam pelo anonimato em redes sociais digitais devido julgamentos, cobranças e questionamentos à jornada vivida; • A utilização de *emoticons* como simbolismos a identificação de outras mulheres tentantes nas redes sociais sociais.
LUTO E EXPERIÊNCIA TRAUMÁTICA	• Apego a objetos materiais dos filhos como roupas, objetos, exames e embalagens de remédios utilizados durante o tratamento; • A criação de comunidades online e presenciais pós experiência traumática para passarem pela dor da perda; • Há a busca de consumo tanto restaurativos como transformadores pós experiência traumática pelas mulheres tentantes enlutadas.	• O desenvolvimento de sentimentos positivos pós experiência traumática para lidar com a dor do luto;	• O consumo de tatuagem como forma de extensão do eu em memória ao bebê perdido; • A religiosidade pode ser considerada um consumo restaurativo para mulher tentante enlutada;

6. CONCLUSÃO

Esse estudo assume como pressupostos a) a identificação de fatores relacionados a vulnerabilidade de serviços no setor de saúde para consumidoras tentantes, após uma ou mais perdas; b) descrever sobre o consumo por mulheres tentantes até a gestação do bebê arco-íris e as influências sobre o seu consumo, ainda que após uma ou mais perdas gestacionais, neonatal ou infantil; e c)relatar as possíveis experiências traumáticas vivenciadas por mulheres tentantes com serviços de saúde após perda gestacional, neonatal ou infantil e as prováveis influências para o luto.

Procurou-se explorar as discussões acerca do fenômeno da perda entre mulheres tentantes e a vulnerabilidade de consumo nesse período único que antecede a maternidade. Tendo como base as orientações teóricas acerca da vulnerabilidade de consumo em serviços de saúde, mulheres tentantes, bebê arco-íris, redes sociais digitais, luto e consumo e experiências traumáticas sugere-se que falta estrutura específica para mulheres tentantes que sofreram uma perda gestacional ou neonatal dentro dos hospitais. Incute-se também que a depender a condição de saúde que a mulher tentante tenha, a sua vulnerabilidade de consumo pode exacerbar.

Propõe-se que o sujeito do estudo opta pelo anonimato em redes sociais digitais devido o julgamento, cobranças e questionamentos acerca da jornada vivenciada, e utilizam de *emoticons* como simbologia a sua identificação e reconhecimento de outras mulheres tentantes. Entre os consumos compartilhados por esses indivíduos está a replicação das recomendações para grávidas, com o intuito de obterem o bebê arco-íris. Sugere-se que o consumo de tatuagens é utilizado por mulheres tentantes como forma de extensão do eu, em memória ao bebê perdido, e que a religiosidade pode ser considerada um consumo restaurativo pela mulher tentante enlutada.

Importante destacar as limitações que podem falsear as discussões acerca desse estudo. Indica-se que a amostra dessa pesquisa não é representativa e nem geralista, logo porque foram feitas a partir da perspectiva de mulheres heterossexuais, o que representa apenas uma parcela da discussão aqui exposta. Essa pesquisa buscou mulheres tentantes ao primeiro filho, que já tinham passado por uma ou mais perdas gestacionais, ou uma perna neonatal ou por uma perda infantil de até 1 ano de idade.

Indica-se que entre as entrevistadas uma mulher tentante já tinha um filho de 5 anos. Considerou-se sua entrevista porque só foi informado que já era mãe depois da realização do

instrumento de pesquisa, que o primeiro filho não foi planejado e que já tinha passado por 2 perdas gestacionais. Outra limitação foi a entrevistada que passou por uma perda infantil, mas o seu filho que veio a falecer tinha 3 anos de idade. Considerou-se essa entrevista porque foi a única que já tinha passado por uma perda infantil e teve interesse em participar do estudo. Não se excluiu, porque para falar sobre o bebê arco-íris, viu-se necessário ter uma perspectiva de perda gestacional, neonatal e infantil.

Salienta-se a importância desse estudo do ponto de vista prático/gerencial, em que constatou-se a necessidade de treinamento a equipes de saúde em hospitais, maternidades e clínicas a atendimento a mulheres tentantes enlutadas, devido a vários exemplos de falhas demonstradas pela falta dessa habilidade. Outro ponto é a oportunidade desses locais de poderem criar ambientes voltados para atendimento dessas mulheres, com suporte integrado de psicólogos, fisioterapeutas, médicos, entre outros profissionais, dispostos a entender as problemáticas envolto desse público e elucidar dúvidas existentes. Vê-se que essas consumidoras precisam e procuram atendimentos centralizados, já que é vulnerabilizado o seu consumo, e serviços assim facilitariam sua vivência ao bebê arco-íris.

Esse estudo contribui para academia em ampliar as discussões acerca da jornada consumidora das mulheres tentantes, além de aplicar um estudo multidisciplinar com perspectivas não só de administração, como também psicologia, enfermagem e medicina, podendo trazer melhorias em todas essas áreas. Além disso, traz um termo em ascensão de discussões que é o bebê arco-íris, aplicado no entendimento de marketing e suas influências sobre o consumo das mulheres tentantes.

Para o âmbito de sociedade, o trabalho acrescenta acerca da temática das mulheres que sofrem uma perda gestacional, neonatal ou infantil, que por várias vezes nos relatos expostos nesse estudo reforçam que são muitas, mas não são ouvidas. Espera-se que através dessa pesquisa, as mulheres tentantes se sintam representadas pelos depoimentos e vejam que o estigma e tabu criados só serão diminuídos através da exposição das suas problemáticas.

Por fim, através desse trabalho foi possível verificar a melhoria para acesso a alguns serviços para mulheres tentantes, como a possibilidade de fertilização *in vitro* pelo SUS ou a gratuidade de remédios para tratamentos pela farmácia popular. Percebeu-se que o acesso a informações está mais facilitado através das redes sociais, o que possibilitou criações de comunidades online de mulheres tentantes. No contexto pessoal, foi significativo observar que apesar de alguns problemas ainda existentes de serviços e estrutura, essas mulheres possuem uma acolhida com menos tabus e mais sensibilidade que outrora. Finaliza-se esse trabalho com anseio de melhorias de atendimento para elas e admiração à luta dessa jornada tão difícil.

REFERÊNCIAS

Abreu, N. R. D., Baldanza, R. F., & Gondim, S. M. G. (2009). Os grupos focais on-line: das reflexões conceituais à aplicação em ambiente virtual. J*ISTEM-Journal of Information Systems and Technology Management*, 6, 5-24.

Akaka, M. A., Vargo, S. L., Nariswari, A., & O'Brien, M. (2023). Microfoundations for macromarketing: A metatheoretical lens for bridging the micro-macro divide. *Journal of Macromarketing*, 43(1), 61-75.

Alves, J. G., Braga, L. P., Souza, C. D. S., Pereira, E. V., Mendonça, G. U. G., Oliveira, C. A. N. D., ... & Sousa, L. B. D. (2023). Grupo focal on-line para a coleta de dados de pesquisas qualitativas: relato de experiência. Escola Anna Nery, 27, e20220447.

American Marketing Association. (2017). Definition of marketing. *American Marketing Association.*

Andreasen, A. R., & Manning, J. (1990). The dissatisfaction and complaining behavior of vulnerable consumers. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavio*r, 3, 12-20.

Andreasen, A. R. (1993). Revisiting the disadvantaged: Old lessons and new problems. *Journal of Public Policy & Marketing*, 12(2), 270-275.

Anin, C. (2020). Volatile Bodies in the Digital Age. Consumer Vulnerability and Resistance in Online Bodily Experiences of Pregnancy. *ACR North American Advances*. 21-25.

Bailey, S. L., Boivin, J., Cheong, Y. C., Kitson-Reynolds, E., Bailey, C., & Macklon, N. (2019). Hope for the best… but expect the worst: a qualitative study to explore how women with recurrent miscarriage experience the early waiting period of a new pregnancy. *BMJ open*, 9(5), e029354.

Baker, S. M., Stephens, D. L., & Hill, R. P. (2001). Marketplace experiences of consumers with visual impairments: Beyond the Americans with Disabilities Act. *Journal of Public Policy & Marketing*, 20(2), 215-224.

Baker, S. M., Gentry, J. W., & Rittenburg, T. L. (2005). Building understanding of the domain of consumer vulnerability. *Journal of macromarketing*, 25(2), 128-139.

Baker, S. M., & Mason, M. (2012). Toward a process theory of consumer vulnerability and resilience: Illuminating its transformative potential. In *Transformative consumer research for personal and collective well-being* (pp. 571-592). Routledge.

Baker, S. M., & Baker, C. N. (2016). The bounce in our steps from shared material resources in cultural trauma and recovery. *Journal of the Association for Consumer Research*, 1(2), 314-335.

Belk, R. W. (1988). Possessions and the extended self. *Journal of consumer research*, 15(2), 139-168.

Belk, Russell W. (1990), "The Role of Possessions in Constructing and Maintaining a Sense of the Past," Advances in Consumer Research, vol. 17, Marvin Goldberg, Gerry Gorn, and Richard Pollay, eds., Provo, UT: *Association for Consumer Research*, 669-676.

Belk, R. (2014). Digital consumption and the extended self. *Journal of Marketing Management*, 30(11-12), 1101-1118.

Bíblia Sagrada. (n.d.). Bíblia Online. https://www.bibliaonline.com.br/nvi.

Bonsu, S. K., & Belk, R. W. (2003). Do not go cheaply into that good night: Death-ritual consumption in Asante, Ghana. *Journal of Consumer Research*, 30(1), 41-55.

Bonsu, S. K. (2007). The presentation of dead selves in everyday life: Obituaries and impression management. *Symbolic Interaction*, 30(2), 199-219.

Boynton, P. (2015). Miscarriage: you don't have to be strong for me. *The Lancet*, 385(9964), 222-223.

Caldwell, M., & Henry, P. (2017). Transformative and restorative consumption behaviors following attachment trauma. *Psychology & Marketing*, 34(8), 761-771.

Canning, L., & Szmigin, I. (2010). Death and disposal: The universal, environmental dilemma. *Journal of Marketing Management*, 26(11-12), 1129-1142.

Capucci, R. (2019, Dez 8). Bebês arco-íris ajudam mulheres que perderam filhos a superar trauma. Fantástico. GloboPlay. https://globoplay.globo.com/v/8149588/.

Carvalho, D. L. T. D. (2012). Do sonho ao sim: a vulnerabilidade das mulheres no consumo dos ritos do casamento. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Paraíba. Repositório da Universidade Federal da Paraíba. https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/3818.

Cesare, N., Oladeji, O., Ferryman, K., Wijaya, D., Hendricks-Muñoz, K. D., Ward, A., & Nsoesie, E. O. (2020). Discussions of miscarriage and preterm births on Twitter. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 34(5), 544-552.

Cerovečki, I. G., & Grünhagen, M. (2016). "Food deserts" in urban districts: evidence from a transitional market and implications for macromarketing. *Journal of Macromarketing*, 36(3), 337-353.

Commuri, S., & Ekici, A. (2008). An enlargement of the notion of consumer vulnerability. *Journal of Macromarketing*, 28(2), 183-186.

Coomarasamy, A., Gallos, I. D., Papadopoulou, A., Dhillon-Smith, R. K., Al-Memar, M., Brewin, J., ... & Quenby, S. (2021). Sporadic miscarriage: evidence to provide effective care. *The Lancet*, 397(10285), 1668-1674.

Creswell, J. (2007). Qualitativ inquiry & research design: Chosing among five approaches. Thousand Oaks: *Sage Publications.*

Dancet, E. A. F., Van Empel, I. W. H., Rober, P., Nelen, W. L. D. M., Kremer, J. A. M., & D'Hooghe, T. M. (2011). Patient-centred infertility care: a qualitative study to listen to the patient's voice. *Human Reproduction*, 26(4), 827-833.

Da Silva, M. C., & Tachibana, M. (2022). Somewhere over the rainbow: narrativas de mães de crianças arco-íris. *Revista da SPAGESP*, 23(1), 44-58.

DeBerry-Spence, B., & Trujillo-Torres, L. (2022). "Don't Give Us Death like This!" Commemorating Death in the Age of COVID-19. *Journal of the Association for Consumer Research*, 7(1), 27-35.

De Castro, M. H. M., Mendonça, C. R., Noll, M., de Abreu Tacon, F. S., & Do Amaral, W. N. (2021). Psychosocial aspects of gestational grief in women undergoing infertility treatment: A systematic review of qualitative and quantitative evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 13143.

Denton, M. L., & Smith, C. (2001). Methodological Issues and Challenges in the Study of American Youth and Religion. Department of Sociology: University of North Carolina at Chapel Hill.

DeQuero-Navarro, B., Stanton, J., & Klein, T. A. (2021). A panoramic review of the macromarketing literature. Journal of Macromarketing, 41(1), 48-64.

Deus, E. P. D., Campos, R. D., & Rocha, A. R. C. (2022). Vulnerabilizando invulneráveis: pandemia e o consumo de idosos afluentes. *Cadernos EBAPE*. BR, 20, 352-368.

Diniz, I. S. F. N., Pereira, R. D. C. D. F., & Bellini, C. G. P. (2014). Limitações digitais em adolescentes: um estudo sob a perspectiva da teoria da vulnerabilidade do consumidor. In Anais do 6º Encontro de Marketing da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, Porto Alegre, RS

Echeverri, P., & Salomonson, N. (2019). Consumer vulnerability during mobility service interactions: causes, forms and coping. *Journal of Marketing Management*, 35(3-4), 364-389.

Ertz, M., & Le Bouhart, G. (2022). The other pandemic: a conceptual framework and future research directions of junk food marketing to children and childhood obesity. *Journal of Macromarketing*, 42(1), 30-50.

Figueira, C. M. M. M. (2021). Luto gestacional e neonatal: emergência de uma nova problemática. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. *Repositório da Universidade Estadual do Rio de Janeiro*. http://www.bdtd.uerj.br/handle/1/18398.

Fischer E. & Gainer B. (1993). Baby Showers: a Rite of Passage in Transition, in NA - Advances in Consumer Research Volume 20, eds. Leigh McAlister and Michael L. Rothschild, Provo, UT : *Association for Consumer Research*, Pages: 320-324.

Fraser, M. T. D.; Gondim, S. M. G. (2004). Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia*, v.14 n.28, p. 139 -152.

Fuchs, T. (2018). Presence in absence. The ambiguous phenomenology of grief. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 17(1), 43-63.

Fursman, L. (2002). Ideologies of motherhood and experiences of work: Pregnant women in management and professional careers. Berkeley Collection of Working and Occasional Papers, 18.

Gabel, T. G., Mansfield, P., & Westbrook, K. (1996). The disposal of consumers: An exploratory analysis of death-related consumption. *ACR North American Advances*.

Galvão, G. M. M., Morsch, D. S., Tavares, E. C., & Bouzada, M. C. F. (2021). GESTATIONAL LOSS: EMOTIONAL AND LEGAL ASPECTS. *American International Journal of Humanities, Arts and Social Sciences*, 3(1), 6-19.

Gentry, J. W., Kennedy, P. F., Paul, C., & Hill, R. P. (1995). Family transitions during grief: Discontinuities in household consumption patterns. *Journal of Business Research*, 34(1), 67-79.

Gough, K. (2020). Moving forwards after baby loss: Reflections for improving practice. *Number 334–October 2020*, 334, 23.

Grant, A. (2023). Miscarriage and Curtains: A phenomenological autoethnography of curtains, privacy, and loss in an Early Pregnancy Unit in the UK. *Geoforum*, 143, 103786.

Guazi, T. S. (2021). Diretrizes para o uso de entrevistas semiestruturadas em investigações científicas. *Revista Educação, Pesquisa e Inclusão*, 2.

Guillard, V. (2017). Understanding the process of the disposition of a loved one's possessions using a theoretical framework of grief. *Consumption Markets & Culture*, 20(5), 477-496.

Güneri S. E., Kavlak O., Göker E. N. T. (2019). Hope and hopelessness in infertile women: Phenomenological study. *Current Approaches in Psychiatry*, 11(1), 24–36.

Harris, A. (2017). Rainbow Trust neonatal care: caring for families who have a child with a life threatening or terminal illness. *Infant Journal*, 13(6), 236-237.

Hart, R., & McMahon, C. A. (2006). Mood state and psychological adjustment to pregnancy. *Archives of women's mental health*, 9, 329-337.

Harty, T., Trench, M., Keegan, O., O'Donoghue, K., & Nuzum, D. (2022). The experiences of men following recurrent miscarriage in an Irish tertiary hospital: A qualitative analysis. *Health Expectations*, 25(3), 1048-1057.

Hemenover, S. H. (2003). The good, the bad, and the healthy: Impacts of emotional disclosure of trauma on resilient self-concept and psychological distress. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(10), 1236-1244.

Hiefner, A. R. (2021). Dyadic coping and couple resilience after miscarriage. *Family Relations*, 70(1), 59-76.

Hill, R. P. (2008). Disadvantaged consumers: an ethical approach to consumption by the poor. *Journal of Business Ethics*, 80, 77-83.

Hill, R. P., & Sharma, E. (2020). Consumer vulnerability. *Journal of Consumer Psychology*, 30(3), 551-570.

Hunt, K. (2021, Abril 27). 1 in 10 women will have a miscarriage. [página eletrônica] Acesso: https://edition.cnn.com/2021/04/26/health/miscarriage-lancet-studywellness/index.html.

Hunt, S. D. (2020). Institutional norms and the institutionalization of macromarketing: Historical insights, the long macro view, and service-dominant logic. *Journal of Macromarketing*, 40(3), 286-293.

Hutti, M. H., Armstrong, D. S., & Myers, J. (2013). Evaluation of the perinatal grief intensity scale in the subsequent pregnancy after perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 42(6), 697-706.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2020). Estatísticas do Registro Civil: Registro civil: 2018.

Johansson, M., Adolfsson, A., Berg, M., Francis, J., Hogström, L., Janson, P. O., ... & Hellström, A. L. (2010). Gender perspective on quality of life, comparisons between groups 4–5.5 years after unsuccessful or successful IVF treatment. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 89(5), 683-691.

Keep, M. (2021). The silence around miscarriage hurts healthcare and bereaved parents. *Med. J. Aust*, 215, 343-344.

Kübler-Ross, E. (1973). Life and death: Lessons from the dying. In To live and to die: *When, why, and how* (pp. 150-159). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Layne, L. L. (2000). 'He Was a Real Baby with Baby Things' A Material Culture Analysis of Personhood, Parenthood and Pregnancy Loss. *Journal of material culture*, 5(3), 321-345.

Layton, R. A. (2007). Marketing systems—A core macromarketing concept. *Journal of macromarketing*, 27(3), 227-242.

Lisa L. Love and Peter S. Sheldon (1998) ,"Souvenirs: Messengers of Meaning", in NA - *Advances in Consumer Research* Volume 25, eds. Joseph W. Alba & J. Wesley Hutchinson, Provo, UT : Association for Consumer Research, Pages: 170-175.

Lupton, D. (2016). The use and value of digital media for information about pregnancy and early motherhood: a focus group study. *BMC pregnancy and childbirth*, 16, 1-10.

Lusch, R. F. (2017). The long macro view. *Journal of Macromarketing*, 37(3), 321-323.

Marie, C., Cabut, S., Vendittelli, F., & Sauvant-Rochat, M. P. (2016). Changes in cosmetics use during pregnancy and risk perception by women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(4), 383.

McCarthy, F. P., Moss-Morris, R., Khashan, A. S., North, R. A., Baker, P. N., Dekker, G., ... & O'Donoghue, K. (2015). Previous pregnancy loss has an adverse impact on distress and behaviour in subsequent pregnancy. *International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(13), 1757-1764.

McGrath, C., Palmgren, P. J., & Liljedahl, M. (2019). Twelve tips for conducting qualitative research interviews. *Medical teacher*, 41(9), 1002-1006.

McKeage, K., Crosby, E., & Rittenburg, T. (2018). Living in a gender-binary world: Implications for a revised model of consumer vulnerability. *Journal of Macromarketing*, 38(1), 73-90.

Mercier, R. J., Senter, K., Webster, R., & Riley, A. H. (2020). Instagram users' experiences of miscarriage. *Obstetrics & Gynecology*, 135(1), 166-173.

Min, H. J., & Peñaloza, L. (2019). The agentic body in immigrant maternal identity reconstruction: embodiment, consumption, acculturation. *Consumption Markets & Culture*, 22(3), 272-296.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, & Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde. (2009). Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.

Mónico, L., Alferes, V., Parreira, P., & Castro, P. A. (2017). A Observação Participante enquanto metodologia de investigação qualitativa. *CIAIQ 2017*, 3.

Neimeyer, R. A., Klass, D., & Dennis, M. R. (2014). A social constructionist account of grief: Loss and the narration of meaning. *Death studies*, 38(8), 485-498.

Ockhuijsen, H. D., van den Hoogen, A., Boivin, J., Macklon, N. S., & de Boer, F. (2014). Pregnancy after miscarriage: balancing between loss of control and searching for control. *Research in Nursing & Health*, 37(4), 267-275.

O'Connor, G. E., Newmeyer, C. E., Wong, N. Y. C., Bayuk, J. B., Cook, L. A., Komarova, Y., ... & Warmath, D. (2019). Conceptualizing the multiple dimensions of consumer financial vulnerability. *Journal of Business Research*, 100, 421-430.

O'Donohoe, S., & Turley, D. (2005). Till death us do part? Consumption and the negotiation of relationships following a bereavement. *ACR North American Advances*.

O'Donohoe, S., & Turley, D. (2006). Compassion at the counter: Service providers and bereaved consumers. *Human Relations*, 59(10), 1429-1448.

Ogle, J. P., Tyner, K. E., & Schofield-Tomschin, S. (2013). The role of maternity dress consumption in shaping the self and identity during the liminal transition of pregnancy. *Journal of Consumer Culture*, 13(2), 119-139.

Oliveira, C. M. D., Silva, A. D., Ramalho, C., Costa, M. E., & Martins, M. V. (2022). Efeitos da satisfação conjugal e da utilidade de rituais na vivência do luto no abortamento. *Cogitare* Enfermagem, 27.

Ozanne, L. K., & Ozanne, J. L. (2021). Disaster recovery: How ad hoc marketing systems build and mobilize social capital for service delivery. *Journal of Public Policy & Marketing*, 40(3), 372-388.

Pai, C. Y., Laverie, D., & Hass, A. (2022). Love Luxury, Love the Earth: An Empirical Investigation on How Sustainable Luxury Consumption Contributes to Social-Environmental Well-Being. *Journal of Macromarketing*, 42(4), 640-654.

Paiva, T. M., & Mason, M. J. (2014). Vulnerability and physical, cognitive, and behavioral impairment: Model extensions and open questions. *Journal of Macromarketing*, 34(4), 471-485.

Patel, A., Sharma, P. S. V. N., & Kumar, P. (2018). Role of mental health practitioner in infertility clinics: A review on past, present and future directions. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 11(3), 219.

Patterson, M. J., Hill, R. P., & Maloy, K. (1995). Abortion in America: a consumer-behavior perspective. Journal of Consumer Research, 21(4), 677-694.

Patterson, M. J., Hill, R. P., & Maloy, K. (1995). Abortion in America: a consumer-behavior perspective. *Journal of Consumer Research*, 21(4), 677-694.

Peterson, M., & Ekici, A. (2007). Consumer attitude toward marketing and subjective quality of life in the context of a developing country. *Journal of Macromarketing*, 27(4), 350-359.

Pinto, M. D. R., & Santos, L. L. D. S. (2008). Em busca de uma trilha interpretativista para a pesquisa do consumidor: uma proposta baseada na fenomenologia, na etnografia e na grounded theory. *RAE eletrônica*, 7.

Porschitz, E. T., & Siler, E. A. (2017). Miscarriage in the Workplace: an Authoethnography. *Gender, Work & Organization*, 24(6), 565-578.

Quenby, S., Gallos, I. D., Dhillon-Smith, R. K., Podesek, M., Stephenson, M. D., Fisher, J., ... & Coomarasamy, A. (2021). Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *The Lancet*, 397(10285), 1658-1667.

Quilliam, E. T. (2008). The Often-Forgotten Nonfuneral Consumer Grief for the Grieving. *Journal of Consumer Affairs*, 42(3), 471-477.

Reeves, S., McMillan, S. E., Kachan, N., Paradis, E., Leslie, M., & Kitto, S. (2015). Interprofessional collaboration and family member involvement in intensive care units: emerging themes from a multi-sited ethnography. *Journal of interprofessional care*, 29(3), 230-237.

Resende, R. (2016). Técnica de investigação qualitativa: ETCI. *Journal of sport pedagogy & research*, 2(1), 50-57.

Ringold, D. J. (2005). Vulnerability in the marketplace: Concepts, caveats, and possible solutions. *Journal of Macromarketing*, 25(2), 202-214.

Rogers, C. H., Floyd, F. J., Seltzer, M. M., Greenberg, J., & Hong, J. (2008). Long-term effects of the death of a child on parents' adjustment in midlife. *Journal of Family Psychology*, 22(2), 203–211.

Rossi, M. (2023, 17 de fevereiro). Quem é a brasileira que ajuda outras brasileiras a abortarem na Argentina?. Universa. UOL. https://www.uol.com.br/universa/colunas/marina-rossi/2023/02/17/a-brasileira-que-recebe-outras-brasileiras-para-fazer-aborto-na argentina.htm.

Schultz, K., Cattaneo, L. B., Sabina, C., Brunner, L., Jackson, S., & Serrata, J. V. (2016). Key roles of community connectedness in healing from trauma. *Psychology of Violence*, 6(1), 42–48

Scussel, F., & Suarez, M. C. (2022). Luto do consumidor: entendendo como os consumidores lidam com a perda de experiências extraordinárias. *Cadernos EBAPE*. BR, 20, 339-351.

Sevin, E., & Ladwein, R. (2008). To Start Being….The Anticipation of a Social Role Through Consumption in Life Transition: the Case of the First-Time Pregnancy. Advances in Consumer Research Volume 35, eds. Angela Y. Lee and Dilip Soman, Duluth, MN : *Association for Consumer Research*, Pages: 325-332.

Silverstein, M. J., & Sayre, K. (2009). The female economy. *Harvard business review*, 87(9), 46-53.

Shultz, C. J., & Holbrook, M. B. (2009). The paradoxical relationships between marketing and vulnerability. *Journal of Public Policy & Marketing*, 28(1), 124-127.

Small, F., Mehmet, M., & Kleinschafer, J. (2020). The circle of vulnerability and the myth of choice. *Journal of Social Marketing*, 10(4), 489-506.

Smith, N. C., & Cooper-Martin, E. (1997). Ethics and target marketing: The role of product harm and consumer vulnerability. *Journal of marketing*, 61(3), 1-20.

Smith, T., Davidson, W., & Roberson, K. (2018). Permission to love: Celebrating your rainbow baby after a reproductive loss. *International Journal of Childbirth Education*, 33(4), 46–48.

Souza, C. S. D., Queiroz, F. D., Didio, I. R., Teixeira, L. F., Ceresa, J., & Corleta, H. V. E. (2023). *Envelhecimento e fertilidade feminina: o que é preciso divulgar. Promoção e proteção da saúde da mulher*, ATM 2026/2. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina, 2023.[recurso eletrônico]. p. 23-38.

Stewart, C. R., & Yap, S. F. (2020). Low literacy, policy and consumer vulnerability: Are we really doing enough?. International *Journal of Consumer Studies*, 44(4), 343-352.

Swanson A., Braverman A. M. (2021). Psychological components of infertility. *Family Court Review: An Interdisciplinary Journa*l, 59(1), 67–82.

Tao, H. (2023). A desirable future or unaffordable hope? Queer people becoming parents through assisted reproductive technology (ART) in Guangdong, China. Culture, *Health & Sexuality*, 25(4), 413-427.

The VOICE Group (2010). Motherhood, Marketization, and Consumer Vulnerability. *Journal of Macromarketing* 30, no 4: 384-97.

The VOICE Group (2012). Buying into motherhood? Problematic consumption and ambivalence in transitional phases. *Consumption Markets & Culture* 13, no 4: 373-97.

Turley, D., & O'Donohoe, S. (2012). The sadness of lives and the comfort of things: Goods as evocative objects in bereavement. *Journal of Marketing Management*, 28(11-12), 1331-1353.

Turley, D., & O'Donohoe, S. (2017). Mortality, morality and the marketplace: empathetic improvisation and the double duty of care in service encounters with bereaved consumers. *Consumption Markets & Culture*, 20(5), 456-476.

Wang, J. J., & Tian, Q. (2014). Consumer vulnerability and marketplace exclusion: A case of rural migrants and financial services in China. *Journal of Macromarketing*, 34(1), 45-56.

Wiklund, I., Edman, G., Larsson, C., & Andolf, E. (2009). First-time mothers and changes in personality in relation to mode of delivery. *Journal of advanced nursing*, 65(8), 1636-1644.

Wolburg, Joyce M. (2005). Drawing the line between targeting and patronizing: how "vulnerable" are the vulnerable?, *Journal of Consumer Marketing*, Vol. 22 Iss 5 pp. 287 - 288

Van Gennep, A. Os ritos de passagem: estudo sistemático dos ritos da porta e da soleira, da hospitalidade, da adoção, gravidez e parto, nascimento, infância, puberdade, iniciação, coroação, noivado, casamento, funerais, estações etc. Tradução de Mariano Ferreira, 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

Van, P., & Meleis, A. I. (2003). Coping with grief after involuntary pregnancy loss: Perspectives of African American women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(1), 28-39.

Vidal, M. (2010). Gravidez após morte perinatal: Sobre a relação da mãe com o bebê sobrevivente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(2), 3185-3190.

APÊNDICE A - TÓPICO GUIA

TÓPICO-GUIA / GRUPO FOCAL ONLINE

Tópico 1 - Vulnerabilidade de serviço – Setor de Saúde:

- Qual a sua opinião sobre os serviços e suporte para mulheres tentantes em hospitais/maternidades/clínicas?

- Na sua opinião, os prestadores de serviço em saúde estão preparados para atender as mulheres tentantes? *(Sanam todas as dúvidas)

- Seu consumo e financeiro foram afetados por conta das tentativas de engravidar?

Tópico 2 - Bebê Arco-íris:

- Qual o significado do termo bebê arco-íris para você?

- Durante o período tentante ao bebê arco-íris, houve alguma mudança em seus hábitos ou práticas de consumo? (por exemplo: não ia para academia, começou a ir)

- Qual a sua opinião sobre o uso de redes sociais, blogs ou fóruns de internet entre mulheres tentantes?

Tópico 3 - Luto e experiências traumáticas:

- Qual a sua opinião sobre os símbolos e atos simbólicos criados após uma perda gestacional?

- Quais os sentimentos que marcam após uma perda gestacional? (Viajar, livros de auto-ajuda, terapia)

APÊNDICE B – ROTEIRO ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

Perguntas sócio profissionais:

Qual a sua idade?
Qual sua escolaridade?
Qual a sua profissão?
Qual o seu estado?
O seu acompanhamento de saúde foi público ou particular?

PERGUNTA	OBJETIVO ESPECÍFICO	BASE TEÓRICA
Qual a sua opinião sobre os serviços e suporte para mulheres tentantes em hospitais/maternidades/clínicas? Na sua opinião, os prestadores de serviço em saúde estão preparados para atender mulheres tentantes? Algo do atendimento prestado a você teve influência no seu período tentante? Seu consumo e financeiro foram afetados por conta das tentativas de engravidar? (Se sim, quais os tipos de tratamento você se submeteu?)	1	(Andreasen & Manning, 1990; Andreasen, 1993; Baker, Gentry & Rittenburg, 2005; Echeverri & Salomonson, 2019; Stewart & Yap, 2020 Pai, Laverie & Hass, (2022))
Considera-se bebê arco-íris aquela criança saudável que nasce após uma ou mais perdas gestacionais. Me conta como você teve conhecimento desse termo e o que você acha dele. Durante o período tentante ao bebê arco-íris, houve alguma mudança em seus hábitos ou práticas de consumo? Qual a sua opinião sobre o uso de redes sociais, blogs ou fóruns de internet entre mulheres tentantes? Você recorreu a algum desses tipos de ferramentas? Se sim, você acha que isso lhe ajudou?	2	(Layne, 2000; Wiklund et al., 2009; The Voice Group, 2010; The Voice Group, 2012; McCarthy et al., 2015; Lupton, 2016; Porschitz & Siler, 2017; Anin, 2020; Gough, 2020; Mercier et al., (2020))

Qual a sua opinião sobre os símbolos e atos simbólicos criados após uma perda gestacional? Você pensou alguma forma de simbolizar a perda do bebê perdido? (Guarda de algum objeto, enterro, guarda de algum memorial...) Qual ou quais sentimentos que marcam ou marcaram após uma perda gestacional? Você utilizou algum tipo de consumo restaurativo para passar pela perda gestacional? (Livros de autoajuda, terapia, viagens...) Se sim, você acha que ajudou?	3	(Gentry et al., 1995; Bonsu & Belk, 2003; O'Donohoe & Turley, 2005; Bonsu, 2007; Baker & Baker, 2016; Schultz et al., 2016; Caldwell & Henry, 2017; Ozanne & Ozanne, 2021))