

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS**  
**MESTRADO PROFISSIONAL**  
**PSICOLOGIA, DESENVOLVIMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS**

**LIGIA MOMESSO**

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO PRÉ-NATAL**  
**INTEGRAL ONLINE**

**SANTOS**  
**2024**

**LIGIA MOMESSO**

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO PRÉ-NATAL  
INTEGRAL ONLINE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia Desenvolvimento e Políticas Públicas, da Universidade Católica de Santos, para qualificação, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Miria Benincasa Gomes

**SANTOS  
2024**

## FICHA CATALOGRÁFICA

M732a	Momesso, Ligia Avaliação da efetividade do pré-natal integral online / Ligia Momesso. 2024. 142 f.  Dissertação (Pós-graduação em Psicologia Desenvolvimento e Políticas Públicas) – Universidade Católica de Santos, Santos, 2024. Orientação de: Miria Benincasa Gomes.  1. Ciclo gravídico-puerperal 2. Maternidade na perspectiva psicológica 3. Serviços pré-natais integrais online 4. Pré-natal psicológico online II. Título
	CDD 157.9

MOMESSO, Ligia. **Avaliação da Efetividade do Pré-Natal Integral Online**. 2024. 142 f. Dissertação do Programa de Mestrado Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas da Universidade Católica de Santos, Santos, 2024.

### **BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

**Programa:** Pós-Graduação *Stricto Sensu*.

**Área de Concentração:** Psicologia Desenvolvimento e Políticas Públicas.

**Linha de Pesquisa:** Gestão, Práticas Psicológicas em Políticas Públicas de Saúde e Assistência Social.

MOMESSO, Ligia. **Avaliação da Efetividade do Pré-Natal Integral Online**. 2024. 142 f. Dissertação do Programa de Mestrado Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas da Universidade Católica de Santos, Santos, 2024.

## RESUMO

A história da maternidade passou por transformações ao longo do tempo, deixando de ser apenas uma bênção divina para se tornar um espetáculo público. Atualmente, estudos psicológicos mostram que a gravidez é um processo de profunda transformação interna para as mulheres, envolvendo mudanças emocionais, comportamentais, identitárias e sociais. A maternidade, na perspectiva psicológica, é influenciada por fantasias, expectativas, sonhos, angústias e conflitos, destacando a importância de desmitificar a ideia de perfeição. Para garantir um cuidado integral durante a gravidez e o pós-parto, políticas públicas são essenciais para atender às necessidades das gestantes e suas famílias, garantindo o direito à saúde. O presente estudo teve como objetivo avaliar a efetividade do Pré-Natal Integral (PNI) de forma *online* com o objetivo específico de desenvolver uma tecnologia social para a promoção de saúde no puerpério. A disponibilização de serviços pré-natais integrais *online* foi desenvolvida com o fundamento de atender a gestantes no âmbito nacional, por meio de encontros que abordaram diferentes temas que as auxiliaram na melhor forma para a chegada do bebê, preparando-a para as alterações físicas, mentais e psíquicas, buscando minimizar casos de depressão pós-parto e distúrbios que podem ocorrer pelo estresse de uma mudança de rotina empregada quando há a chegada de um bebê. O grupo de encontro, formado por 08 gestantes, mostrou significativa eficiência e efetividade, embasado em escalas para avaliar o bem-estar psicológico das pacientes. Através de uma abordagem de 12 semanas, essas pacientes receberam suporte e materiais de apoio, criando um ambiente virtual acolhedor. Os resultados se apresentam positivos nessa modalidade de acompanhamento online. Uma das principais limitações deste estudo foi o tamanho reduzido da amostra, o que pode limitar a generalização dos resultados para a população em geral e requer cautela ao extrapolar as conclusões para contextos mais amplos. Reconhecemos a necessidade de estudos futuros que incorporem abordagens quantitativas e qualitativas com um contingente populacional mais amplo, visando uma validação mais robusta das inferências apresentadas neste trabalho e a confirmação ou refutação das conclusões alcançadas.

**Palavras-chave:** Ciclo gravídico-puerperal; Maternidade na perspectiva psicológica; Serviços pré-natais integrais online; Pré-natal psicológico online.

MOMESSO, Ligia. **Evaluation of the Effectiveness of Comprehensive Prenatal Care Online**. 2024. 142 f. Dissertation of the Master's Program in Psychology, Development and Public Policy of the Catholic University of Santos, Santos, 2024.

## **ABSTRACT**

The history of motherhood has undergone transformations over time, going from being just a divine victory to becoming a public spectacle. Currently, psychological studies show that pregnancy is a process of profound internal transformation for women, involving emotional, behavioral, identity and social changes. Motherhood, from a psychological perspective, is influenced by fantasies, expectations, dreams, anxieties and conflicts, highlighting the importance of demystifying the idea of perfection. To guarantee comprehensive care during pregnancy and postpartum, public policies are essential to meet the needs of pregnant women and their families, guaranteeing the right to health. The present study aimed to evaluate the effectiveness of Comprehensive Prenatal Care (PNI) online with the specific objective of developing a social technology for health promotion in the postpartum period. The provision of integrated prenatal services online was developed with the aim of serving pregnant women nationwide, through meetings that address different topics that help in the best way for the baby's arrival, preparing them for the physical changes, mental and psychic, seeking to minimize cases of postpartum depression and disorders that can occur due to the stress of a change in employee routine when a baby arrives. The meeting group, made up of 8 pregnant women, showed significant efficiency and effectiveness, based on scales to assess the patients' psychological well-being. Through a 12-week approach, these patients received support and support materials, creating a welcoming virtual environment. The results are positive in this online monitoring modality. One of the main limitations of this study was the small sample size, which may limit the generalization of the results to the general population and requires caution when extrapolating the conclusions to broader contexts. We recognize the need for future studies that incorporate quantitative and qualitative approaches with a broader population, we seek a more robust validation of the inferences presented in this work and the confirmation or refutation of the conclusions reached.

**Keywords:** Pregnancy-puerperal cycle; Motherhood from a psychological perspective; Comprehensive online prenatal services; Online Ppsychological prenatal.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Informações sociodemográficas das participantes .....	26
<b>Tabela 2</b> - Sociodemográfico 2023 .....	53
<b>Tabela 3</b> - Tabela para apresentação dos resultados de qualidade de vida do WHOQOL Breve (2022) .....	54
<b>Tabela 4</b> - Tabela para apresentação dos resultados de qualidade de vida do WHOQOL Breve (2023) .....	55
<b>Tabela 5</b> - Informações das participantes – SQR .....	56
<b>Tabela 6</b> - Informações das participantes – SQR .....	56
<b>Tabela 7</b> - Escala de depressão pós-parto .....	60

## **LISTA DE ABREVIACOES**

CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DPP	Depressão Pós- Parto
EPDS	Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo
ODM	Objetivos do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNP	Pré-Natal Psicológico
SQR	Self Report Questionnaire
SUS	Sistema Único de Saúde
TMC	Transtornos Mentais Comuns
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	11
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	15
2.1 REVISÃO HISTÓRICA .....	15
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS AO CICLO GRAVÍDICO PERPERAL .....	17
2.3 O MODELO DE PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO COMO ORIGEM DO PRÉ- NATAL INTEGRAL .....	19
2.4 INTERVENÇÃO COM GESTANTES .....	22
2.5 OBJETIVOS .....	23
<b>3 MÉTODO</b> .....	24
3.1 COMITÊ DE ÉTICA .....	24
3.2 PARTICIPANTES .....	25
3.2.1 Critérios de Inclusão/Exclusão .....	25
3.2.2 Caracterização da Amostra .....	26
3.3 LOCAL .....	26
3.4 INSTRUMENTOS UTILIZADOS .....	27
3.4.1 Pré-Natal Integral .....	27
3.4.2 QR (Self-Report Questionnaire) .....	28
3.4.3 Questionário Sociodemográfico .....	28
3.4.4 Escala de Apego Materno .....	29
3.4.5 Entrevista Psicológica .....	29
3.4.6 WHOQOL Breve .....	30
3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS .....	30

3.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS .....	31
<b>4 RESULTADOS PARCIAIS .....</b>	<b>32</b>
4.1 ANÁLISE QUALITATIVA .....	32
4.1.1 Relato e Análise do Primeiro Encontro – Apresentação do Grupo e do Pré-Natal Psicológico - 25/05/2022 .....	32
4.1.2 Relato e Análise do Segundo Encontro – Vínculo Mãe e Bebê - 01/04/2022 .	33
4.1.3 Relato e Análise do Terceiro Encontro – Relacionamento Conjugal - 08/04/2022 .....	35
4.1.4 Relato e Análise do Quarto Encontro – Preparação para o Parto -13/04/2022 .	37
4.1.5 Relato e Análise do Quinto Encontro - Pós-Parto e Ansiedades Próprias Desse Período - 20/04/2022 .....	40
4.1.6 Relato e Análise do Sexto Encontro – Família e Rede de Apoio Durante o Pós-Parto - 29/04/2022 .....	42
4.1.7 Relato e Análise do Sétimo Encontro – Sexualidade no Pós-Parto - 06/05/2022 .....	44
4.1.8 Relato e Análise do Oitavo Encontro - Feminilidade e Maternidade - 13/05/2022 .....	46
4.1.9 Relato e Análise do Nono Encontro – Depressão e Baby Blues - 20/05/2022 .	47
4.1.10 Relato e Análise do Décimo Encontro - Amamentação - 27/05/2022 .....	49
4.1.11 Relato e Análise do Décimo Primeiro Encontro - Parto - 03/06/2022 .....	50
4.1.12 Relato e Análise do Décimo Segundo Encontro - Encerramento - 10/06/2022 .....	52
4.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA NO PÓS-PARTO .....	53
4.3 RESULTADOSWHOQOL BREVE .....	54
4.4 RESULTADOS SRQ .....	56
4.5 RESULTADOS ESCALA DE PRESSÃO PÓS-PARTO .....	57
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>64</b>
<b>6 PRODUTO TÉCNICO .....</b>	<b>67</b>

<b>REFERÊNCIAS</b> .....	109
<b>APÊNDICES</b> .....	121
<b>APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO</b> .....	122
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> (TCLE) .....	126
<b>APÊNDICE C - CARTILHA DE REDE APOIO</b> .....	128
<b>APÊNDICE D - PARECER DO COMITÊ ÉTICO</b> .....	129
<b>APÊNDICE E - CONSTRUÇÃO MATERNIDADE</b> .....	130
<b>APÊNDICE F - RELACIONAMENTO CONJUGAL</b> .....	131
<b>APÊNDICE G - EXERCÍCIO DE RESPIRAÇÃO</b> .....	132
<b>APÊNDICE H - SEXUALIDADE NO PÓS PARTO</b> .....	133
<b>ANEXOS</b> .....	134
<b>ANEXO A - ESCALA FATORIAL DA SATISFAÇÃO EM RELACIONAMEN-</b> <b>TO DE CASAL – EFS-RC (Wachelke; Andrade; Souza; Cruz, 2007)</b> .....	135
<b>ANEXO B - ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG</b> .....	136
<b>ANEXO C - ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO</b> .....	137
<b>ANEXO D - PLANO DE PARTO</b> .....	139

## APRESENTAÇÃO

Após o nascimento da minha filha houve uma mobilização da minha parte, pois percebi que se não fosse pelo suporte que tive, tanto profissional quanto pessoal eu talvez tivesse adoecido.

Ao me dedicar ao meu trabalho de mestrado como psicóloga sobre o tema do pré-natal integral, sinto uma série de inquietações pessoais que alimentam minha curiosidade e meu desejo de explorar a área em maior profundidade. Essas inquietações refletem questões essenciais que precisam ser abordadas para uma compreensão abrangente do assunto.

Além disso, questiono como a Psicologia pode contribuir para abordar os aspectos emocionais e psicossociais das gestantes nos programas de pré-natal integral. Sabemos que a gravidez envolve transformações não apenas físicas, mas também emocionais e sociais significativas. É importante considerar esses aspectos e desenvolver intervenções psicológicas que auxiliem as mulheres a lidar com as mudanças emocionais, a fortalecer o vínculo com o bebê desde a gestação e a desenvolver estratégias de enfrentamento saudáveis.

Outra inquietação relevante diz respeito aos desafios enfrentados pelas mulheres durante a gravidez e a importância de fornecer um suporte integral nesse período. A gestação traz consigo uma série de desafios físicos, emocionais e sociais. É essencial oferecer um suporte abrangente que leve em consideração as necessidades individuais das gestantes, promovendo uma gravidez saudável e uma transição positiva para a maternidade.

Além disso, questiono como as experiências emocionais e traumas não resolvidos ao longo da vida das gestantes podem afetar o vínculo mãe-bebê e o desenvolvimento infantil. Sabemos que o estado emocional da mãe tem um impacto direto na qualidade do vínculo e no bem-estar do bebê.

Portanto, é fundamental compreender como abordar essas questões, fornecer apoio terapêutico adequado e promover a resiliência emocional das gestantes.

Por fim, surge a questão sobre como a abordagem interdisciplinar pode ser integrada aos cuidados pré-natais, envolvendo profissionais de saúde, psicólogos e outros especialistas. A colaboração entre diferentes disciplinas permite uma visão mais completa e integrada dos cuidados pré-natais, garantindo um suporte abrangente e personalizado às gestantes.

A ideia é que as mulheres se munem de informações para se beneficiarem de um pós-parto mais leve e mais saudável.

## 1 INTRODUÇÃO

O atendimento obstétrico no país hoje é uni profissional, ou seja, centrado basicamente na figura do médico. Muitas instituições públicas e privadas vêm oferecendo serviços de acolhimento e informação a gestantes e casais, porém, pouco se sabe sobre a eficácia destas ofertas na promoção de saúde e prevenção de agravos durante o período de pós-parto. Isso ocorre porque tais atividades são pouco descritas na literatura impossibilitando a avaliação dos benefícios promovidos e sua replicação.

A literatura mostra que o puerpério é um período de vulnerabilidade física e mental, podendo impactar no desenvolvimento da maternidade, da família, do vínculo com o bebê, nas relações conjugais, profissionais e sociais dessa mulher (Zinga; Phillips; Born, 2005; Maushart, 2006; Arrais; Azevedo, 2006; Tostes, 2012).

Alguns temas vêm sendo recorrentes quanto às demandas afetivas e emocionais que podem ser beneficiadas pelo trabalho da psicologia especializada em parentalidade e perinatalidade, termo esse que vem recebendo cada vez mais atenção tanto na academia quanto na gestão de políticas públicas (Konradt *et al.*, 2011; Dennis; Dowswell, 2013; Negron *et al.*, 2013).

Em setembro de 2000, na pactuação dos Objetivos do Milênio (ODM), dois dos oito objetivos envolviam questões relacionadas à perinatalidade, reduzir a mortalidade infantil e melhorar a saúde materna. Em 2016, ao renovarem esse compromisso até o ano de 2030 é possível encontrar ainda referência sobre a mortalidade tanto materna como de bebês e prevenção e promoção da saúde. Essa proposta mantida no ODM revela a necessidade de se olhar para a saúde materno-infantil.

Nesta mesma direção, se anuncia uma adaptação do repertório teórico e técnico da Psicologia Perinatal, que se confirma na realidade acadêmica através de um número superior a 300 registros no *Google acadêmico* nos últimos cinco anos. As raízes deste interesse, se por um lado, relaciona-se à necessidade de cuidado da família na sua origem e, por outro, à vulnerabilidade física e mental da mulher e do bebê durante o período que circunda o parto (Konradt *et al.*, 2011; Dennis; Dowswell, 2013; Negron *et al.*, 2013).

Este momento do ciclo vital pode gerar impactos positivos e/ou negativos no desenvolvimento da mulher, do bebê e da família (Silva, 2010; Konradt *et al.*, 2011; Mortensen *et al.*, 2012). Quanto à mulher, há uma necessidade de adaptação ao papel recém-adquirido (exercício da maternidade) e todas as demandas geradas por essa função (Robakis *et al.*, 2015).

Esta competência (ser mãe) não é intrínseca à condição de ser mulher, mas depende também da oferta de recursos financeiros, sociais e de assistência social, além de uma rede de apoio pessoal e profissional sólida e aderida à proposta de desenvolvimento desta família (Dunkel *et al.*, 1996; Rapoport, 2003). O bebê será impactado pela disponibilidade física e mental de adultos para investir em seu desenvolvimento e nos cuidados que ele demanda. Por fim, a chegada de um novo membro, exige uma reorganização da família que pode ter maior ou menor habilidade em inserir esse bebê nas rotinas e recursos dessa nova realidade. Esta disponibilidade familiar está associada ao desejo pela criança, mas também aos recursos pessoais, sociais e de saúde acessíveis (Moraes, 2006).

O modelo tecnocrático presente na assistência obstétrica deixa de considerar os aspectos emocionais, humanos e culturais presentes nesse ciclo, porém é importante ressaltar que a gestação implica em mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais na vida da mulher, sendo considerada como um momento transicional do mundo feminino (Giaretta; Fagundez, 2015; Brasil, 2016). Com isso, é importante considerarmos o cuidado da gestante de maneira integral durante todo o ciclo gravídico-puerperal.

A maternidade pode ser a aventura mais emocionante na vida da mulher, pois são muitas emoções vividas ao mesmo tempo (alegria, medo, insegurança). É o sentimento de alegria único mesclado com a insegurança de não conseguir criar a criança da melhor maneira. Nesse sentido, existe a perda da própria identidade da mãe quando nasce um filho. A mulher vive um pouco desse luto que é a perda da própria liberdade. A vida muda. Outrora era apenas a mulher e o marido, fazendo tudo livremente, sem preocupações. Agora, a prioridade se torna o filho. No início, o casal se perde um pouco, vivendo em função do filho. O filho é a maior preciosidade de um casal, mas, ao mesmo tempo, precisa trazer vida. Não se pode viver apenas em função de reforçar as fragilidades trazidas pela própria criança.

A criança precisa de cuidados, de atenção e, nesse sentido, a família lida com alguns sentimentos de medo e culpa. As questões futuras da vida da criança (tais como escola, viagens, faculdade) já geram uma ansiedade, que faz com que os pais sofram por antecipação, ao invés de viverem um dia de cada vez. Uma vez que a família assume a postura de dar tempo ao tempo, aproveitando cada etapa, não ocorre a anulação da identidade de cada um, pois a maternidade traz esses pontos onde a mãe, principalmente, coloca o outro como o centro e se coloca como complemento. Nesse sentido, o primeiro capítulo do trabalho trata sobre as Políticas Públicas voltadas ao Ciclo Gravídico Puerperal, buscando discutir sobre a Atenção Básica a Saúde e o pré-natal. O segundo capítulo fala sobre O Modelo de Pré-Natal Psicológico como origem do Pré-natal Integral, discutindo sobre atendimentos psicoeducativos com grupos de gestantes e

sobre suporte emocional, informacional e instrucional. O terceiro capítulo aborda a Intervenção com Gestantes, apontando a gestação como um momento de impacto e abordando as pesquisas que têm sido desenvolvidas a fim de cuidarmos da saúde mental nessa etapa do ciclo de vida.

Nesse contexto, o presente trabalho traz como problema de pesquisa: a atenção psicológica às gestantes é fundamental durante o ciclo gravídico? E conseqüentemente, como hipótese, temos: a atenção das Políticas Públicas e o apoio psicológico tem apresentado excelentes resultados às gestantes, durante o respectivo ciclo gravídico.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O presente trabalho busca demonstrar a importância da assistência psicológica às gestantes, durante seu respectivo período gravídico, bem como a importância do acompanhamento das Políticas Públicas nesse período. Dessa forma, podemos observar o avanço da medicina, nesse aspecto, e como o papel de mãe e filho vem se transformando e ganhando novos patamares, nos últimos anos.

Quando a mulher traz a demanda da dificuldade, do sofrimento emocional, do quanto precisa se privar de muita coisa, acaba, na maioria das vezes, sendo muito julgada, criticada e, principalmente, ela se pune por isso. Um dos principais motivos desse fenômeno está relacionado às mudanças que tivemos na sociedade aos longos das últimas décadas. Atualmente, ao ingressar no mercado de trabalho, a mulher precisa renunciar a muitas coisas e acaba vivendo inúmeras transformações físicas e psíquicas. Logo, o corpo muda, o psicológico é afetado e a mulher continua sendo dona de casa, filha, esposa, profissional e ainda passa a desempenhar o novo papel de ser mãe. Ao traçar a evolução das concepções de maternidade ao longo do tempo, podemos identificar como as mudanças culturais, sociais e econômicas influenciaram as experiências das mulheres e as práticas de assistência psicológica a elas direcionadas. Essa perspectiva histórica permite não apenas compreender as raízes de certos preconceitos e pressões enfrentados pelas gestantes, mas também reconhecer os progressos e desafios na implementação de políticas públicas eficazes. Assim, a revisão histórica contribui para uma fundamentação teórica robusta, justificando a necessidade de suporte psicológico especializado e políticas públicas adaptadas às demandas contemporâneas, como veremos no item a seguir.

### 2.1 REVISÃO HISTÓRICA

Com uma breve revisão histórica, se faz necessário pontuar as principais características que se tinha acerca da concepção de maternidade ao longo dos tempos. Quando se pensava em maternidade, Maldonado (1991) descreve que este fenômeno era entendido como uma bênção divina, enquanto a esterilidade era vista como um castigo. A mulher que gerava filhos era reconhecida pela sociedade, ao passo que, mulheres que não eram mães, eram rotuladas negativamente (Souza; Ferreira, 2005, p. 19).

De um modo geral, não havia muitos avanços medicinais nesta época, e tão pouco um acompanhamento preventivo durante a gestação. Talvez por que, o lugar da mãe cresce na

sociedade ao mesmo tempo em que o da criança, como propõe Ariés (1981). O papel social da mulher restringia-se à procriação, e as crianças representavam a hereditariedade que carregava o nome da família.

Devido às mortes causadas pela peste negra e outras doenças, o índice de mortalidade infantil era muito alto. Em decorrência disso, Pacheco (2012) relata que ter muitos filhos trazia a esperança de que aquela família teria continuidade. Assim sendo, a maternidade vai se estabelecendo como um processo natural na vida da mulher.

O acompanhamento do parto sofre grandes transformações com o passar do tempo. Até então, no século XVII, havia parteiras que, com sua experiência, tentavam acalmar a gestante criando um clima emocional agradável antes de realizar todo o trabalho de parto. Por este motivo, o parto era considerado um assunto restritamente de mulheres e costumava ser assistido pela mãe da gestante. Para aliviar a dor das contrações, acreditava-se que orações, talismãs ou até mesmo receitas mágicas ajudariam a gestante a enfrentar este momento doloroso. Neste sentido, é preciso desconstruir os mitos que regulam “a complexa experiência da maternidade” (Stevens, 2005, p. 1).

Aos poucos, entre os séculos XVII e XVIII, surge a assistência no parto, ou seja, a figura do cirurgião. Como consequência, as parteiras perdem o seu valor. Logo, o parto deixa de ser um “assunto de mulheres” e, gradativamente, assume o caráter de “espetáculo”, sendo acompanhado por várias pessoas, principalmente por familiares.

Este breve contexto para então, chegar à contemporaneidade. Em seus estudos, Freud (1996) nos revela que o desejo de maternidade está relacionado às fantasias inconscientes desenvolvidas durante o Complexo de Édipo. Posteriormente, Klein e Rivière (1975) estudam a relação fantasiosa da menina para com o corpo de sua mãe, chegando à conclusão de que estas fantasias são extremamente importantes para a relação que ela poderá estabelecer com seus bebês imaginários e depois, com os bebês reais. Nesse contexto, Fulgencio (2016) também fala sobre a importância do processo imaginativo ao longo da gestação para se construir o feto, ou o que ele chama de vínculo mãe-bebê.

Os desejos que foram experimentados durante a infância persistem na vida adulta e contribuem grandemente para a força do amor que a mulher grávida experimenta pela criança dentro do útero e depois do seu nascimento. Por isso, a gestante pode apresentar “conflitos regressivos” ao longo da gestação (Kestenberg, 1982, p. 156).

Ao contrário do que se imagina, muitos são os conflitos que cercam a gravidez. Para Langer (1981), uma gravidez sadia da mulher, é aquela que tem um mínimo de sentimento de culpa e angústia, em que ela consiga aceitar prazerosamente a sua feminilidade, evitando

possíveis transtornos. As atitudes maternas são consolidadas por um “ideal de ego materno”, representando uma expressão vital da natureza feminina (Kestenberg, 1982, p. 1632).

Conforme relatado anteriormente, a maternidade sempre foi cercada de mitos. Talvez pela falta de estudos ou acompanhamentos, essas crenças extraordinárias sempre se fizeram presentes como forma de enfrentar ou representar o momento vivenciado. Ao contrário do que se tinha antigamente, tais crenças revelam-se obsoletas ao mundo contemporâneo. No entanto, ganham destaque outros fenômenos com a valorização do papel da mulher e, principalmente, o desejo de ter uma criança, que têm ocultado significativamente os conflitos e sentimentos de ambivalência evidenciados durante a gestação. Diante desta realidade, Arrais (2005) procura desmistificar a ideia de que a maternidade é um mundo cor de rosa – afirmando então, que ela é um mundo de todas as cores.

Durante a gravidez, a mulher vivencia experiências reprimidas ou até então desconhecidas. Este período é entendido por Cruz (1990) como sendo um processo de desenvolvimento normal da mulher, que requer reestruturação interna, uma vez que a gravidez pode ser vista como uma experiência regressiva e de reajustamento social, o qual a mulher precisará desempenhar um novo papel social – de mãe – e, com a chegada do bebê, haverá uma nova identidade familiar, o que, conseqüentemente, trará modificações emocionais e comportamentais ao casal. Além disso, a gestação provoca “fantasias, expectativas, sonhos, angústias, ansiedade e o conflito de sentimentos ambivalentes” (Arrais, 2014, p. 254).

A experiência de ser mãe, muitas vezes, é muito desafiadora para as mulheres, e, pela romantização, que existe em torno disso, a experiência se torna ainda mais pesada, pois as mulheres crescem ouvindo que a maternidade é algo natural e instintivo. Mas, na verdade, isso não é real. A gestação por si só não traz o amor incondicional. O amor pelo filho vai aumentando no decorrer do tempo. O amor materno é uma construção. No entanto, as mulheres são educadas sob a crença de que esse amor é algo nato, que irão ter um filho, que saberão cuidar e amar como nunca amaram ninguém.

## 2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS AO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL

O Estado é uma entidade política com autonomia, permanentemente fundada em seu próprio território, legalmente organizada, com um governo que, em última análise, decide, e que busca a plena realização do bem de indivíduos, grupos sociais e entidades em geral que estão imersos nele. Assim, o Estado tem a obrigação de atender às necessidades da população e para isso possui recursos que devem ser alocados corretamente, utilizando, por exemplo, a

Administração Pública, que se identifica com o poder executivo, no âmbito constitucional do princípio da divisão dos poderes (Pessoto; Ribeiro; Guimarães, 2015).

Cabe ao Estado implementar uma administração pública eficiente, que aloca recursos escassos para atender às exigências institucionais e populacionais que atinjam a sustentabilidade. A falta de ação da Administração Pública não se limita apenas à entrega de recursos ou questões orçamentárias, uma vez que se pode pensar que há problemas de localização e eficiência na atribuição de serviços sociais a grupos marginalizados e vulneráveis no país e na cidade. Do lado oposto está a iniciativa privada, cujo principal motor é oferecer um bem ou serviço em troca de lucros que garantam rentabilidade, sustentabilidade, reinvestimento (Faria, 2020).

A Constituição Federal de 1988 consagrou expressamente o direito à saúde no art. 6º, apresentando, ainda, um amplo universo de dispositivos constitucionais que enunciam programas, tarefas, diretrizes e fins a serem perseguidos pelo Estado.

Nesse contexto, foi previsto o Sistema Único de Saúde (SUS) (arts. 196 a 200), formado por uma plêiade de órgãos e agentes com a finalidade de planejar e realizar o direito à saúde de forma universal e integral através das políticas públicas. Foram editadas em seguida leis ordinárias (Leis 8.080/90 e 8.142/90) que regulamentaram o Sistema Único de Saúde, conforme Faria (2020).

A conceituação do direito à saúde não pode ser compreendida de forma estática, sendo um processo em permanente evolução; de caráter sistêmico, inter-relacionado com uma variedade de outros direitos e que se modifica constantemente, com a própria evolução histórica.

A primeira noção histórica do tema relaciona a saúde como a ausência de doenças, sendo que, no final do século XIX, esse conceito ganha um viés liberal, ao compreender esse estado de doença do indivíduo como elemento prejudicial ao funcionamento das indústrias, já que o trabalhador não poderia participar do processo produtivo.

O desenvolvimento desse conceito passa a agregar a noção de saúde preventiva, como forma de evitar doenças através de medidas de assistência, principalmente sanitárias. Nesse tema, há de se ter, como matriz, a conceituação dada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) acerca de saúde, aduzindo que a “saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”, abrangendo um equilíbrio entre o homem, em uma dimensão física e psicológica, e englobando o meio ambiente em que se encontra inserido.

O conceito da OMS além de irreal, já que o bem-estar é um objetivo a ser alcançado, é um ideal impossível de ser atingido, tendo em vista as inquietações próprias do ser humano, seja de natureza material, seja espiritual.

Na verdade, a conceituação do direito à saúde encontra diversas dificuldades, que vão desde a definição dos critérios a serem utilizados, passando pela escolha dos meios para seu alcance e pela relação com outros ramos do Direito, além de possuir uma dimensão individual e outra coletiva.

O direito à saúde tem, assim, duas facetas: uma relacionada à sua preservação e outra, à sua recuperação. Em contrapartida, as políticas que visam à redução do risco de doença, através de uma prevenção genérica, não individualizável, da doença, enquanto o direito à recuperação da saúde visa a proporcionar uma prestação positiva estatal, de cunho assistencialista, a fim de restabelecer a saúde do indivíduo.

Vale destacar que, dentre as políticas públicas de saúde destinadas ao público de gestante, não há a previsão de um pré-natal psicológico, entendido aqui como um grupo de ajuda mútua que funciona como espaço de escuta em que o psicólogo acolhe as demandas relativas às mudanças emocionais e sociais da gravidez (Bortoletti, 2007).

A Atenção Básica de Saúde, que realiza o pré-natal, dispensa-se a referenciar as gestantes identificadas com problemas psíquicos para outros serviços ou níveis de atenção e apenas quando já identificadas com sintomatologias mais graves.

O pré-natal psicológico, propõem-se a oferecer um acompanhamento durante toda a gestação e no pós-parto, pois sabemos que esta competência - ser mãe - não é intrínseca à condição de ser mulher, mas depende também da oferta de recursos financeiros, sociais e de assistência social, além de uma rede de apoio pessoal e profissional sólida e aderida à proposta de desenvolvimento desta família. O bebê será impactado pela disponibilidade física e mental de adultos para investir em seu desenvolvimento e nos cuidados que ele demanda.

Portanto, é importante considerarmos o cuidado da gestante de maneira integral durante todo o ciclo gravídico-puerperal visando um puerpério mais saudável e menos solitário. Nesse sentido, será apresentada a fundamentação do pré-natal psicológico na sequência.

### 2.3 O MODELO DE PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO COMO ORIGEM DO PRÉ-NATAL INTEGRAL

Esta modalidade prevê atendimentos psicoeducativos com grupos de gestantes e consiste em propiciar suporte emocional, informacional e instrucional. De acordo com

Bortoletti (2007), os atendimentos e a formação do grupo variam conforme as características do contexto em que o programa de Pré-natal Psicológico (PNP) é realizado.

Tendo em vista o acompanhamento terapêutico grupal, a coordenação do grupo ficou sob a responsabilidade de um psicólogo. O psicólogo deve atuar como um facilitador, tentando propiciar um ambiente acolhedor para que as participantes se sintam à vontade e encorajadas para compartilhar e expressar seus sentimentos, dúvidas e angústias. A maternidade é um momento mágico na vida de uma mulher, mas também pode trazer muitos conflitos emocionais. Por isso, além do pré-natal tradicional, é importante fazer um pré-natal psicológico, que envolve não apenas o cuidado com a saúde emocional da mãe, mas também a participação da família na gestação.

O programa de pré-natal psicológico deve ser entendido como um modelo de assistência durante a gestação que visa preparar gestantes e casais para a realidade da maternidade. É importante desmistificar a maternidade ideal e os seus padrões para preparar a mulher e o casal para a chegada do bebê. O intuito do pré-natal psicológico é prevenir adoecimentos, ou ainda, trazer realidade para o sonho da maternidade.

Sobre a experiência da maternidade e da paternidade, Bortoletti (2007) afirma que receber orientações profissionais acerca desta vivência, estimula os pais a desenvolver confiança e sensibilidade, além de conscientizá-los dos estereótipos de maternidade e paternidade pautados pelo gênero e pela fantasia, elencados em nossa sociedade.

Ao participar do programa de PNP é esperado que as gestantes possam manifestar suas angústias e serem acolhidas pelo grupo. O grupo, por sua vez, representa a coletividade, os interesses em comum e a vida cotidiana (Campos *et al.*, 1995, p. 9). A vivência coletiva faz parte do processo de formação do indivíduo. Partindo desta premissa, supõe-se que ao longo do programa de PNP, as gestantes construam relações significativas de tal forma que o grupo se constitua como uma ampla rede de apoio.

Um dos eixos prioritários do programa de PNP trata da participação ativa do pai em todo ciclo gravídico puerperal, assim como as alterações na relação do casal e, conseqüentemente, na dinâmica familiar decorrentes da chegada do bebê.

O nascimento de um filho é um evento que modifica a vida do casal, especialmente a da mãe. A este respeito, Rappaport e Piccinini (2006) referem que o comportamento da mulher frente a essas mudanças é influenciado por fatores individuais e ambientais, destacando-se, como um dos fatores mais importantes que influencia o seu bem-estar, o apoio que ela recebe daqueles que a rodeiam, especialmente do pai do bebê.

A disponibilidade de apoio social estimula a maternagem responsiva, segundo Oliveira e Dessen (2008), especialmente sob condições estressantes. Ainda são pouco expressivos os estudos em torno da influência do apoio social às gestantes no Brasil. Ainda assim, Rappaport e Piccinini (2006) evidenciaram em seus trabalhos quanto a rede de apoio social se faz necessária na gestação, no período do pós-parto, puerpério e no retorno da mulher às atividades profissionais, o que tem requerido novas formas de manejar o cuidado regular de bebês e crianças pequenas.

Apesar do emprego materno tornar-se muitas vezes uma sobrecarga para a mulher, os autores descobriram que o fato dessa trabalhar fora, por vezes, tende a aumentar a participação paterna nos cuidados do bebê e nas tarefas de casa, apesar da maioria das tarefas ainda continuarem a cargo da mulher. De qualquer modo, Moraes (2012) observou que ainda existem muitos pais pouco envolvidos e, com o crescente número de separações entre casais, muitas mães acabam tendo que cuidar basicamente sozinhas de seus filhos (as), enfrentando inúmeros problemas, eventualmente até mesmo a falta de pagamento de pensão às crianças. Nestes casos, a sua sobrecarga torna-se ainda maior, o que acaba recaindo sobre a relevância do papel do apoio social.

Quando falamos em pré-natal, em parto, pensamos sempre na mulher. Mas participar das consultas e acompanhar a gestante é papel fundamental do homem. Além disso, por lei, o pai tem o direito de estar na sala do parto. O homem tem, portanto, o direito de estar presente durante toda a gestação da mulher, no entanto, essa é uma decisão que deve ser discutida pelo casal. É importante que, durante o pré-natal, esse assunto seja abordado, a fim de que pai e mãe decidam juntos sobre esse acompanhamento e recebam incentivos durante esse período.

Considerando que o contexto familiar se modifica em decorrência do nascimento dos filhos, Stevens (2005) entende que esta situação exige da família, formas de lidar com as adversidades características desse período. A rede de apoio social é fundamental para sua adaptação às novas circunstâncias, em particular, a contribuição do pai e dos avós. Algumas vezes, a busca de uma rede de apoio social pode começar antes da mulher engravidar e este apoio precoce pode influenciar o momento da ocorrência da gestação. Por exemplo, antes de decidir ter um filho, o casal pode avaliar a disponibilidade de apoio social de alguns membros da família para ajudá-los após o nascimento do bebê.

Por outro lado, Arrais e Araújo (2016) ressaltam que, durante a gestação, o homem pode estar em situação semelhante à da mulher ao carecer de apoio para expressar suas angústias, anseios, medos e conflitos.

Confrontar e refletir com as gestantes sobre as questões descritas anteriormente, pode auxiliá-las na compreensão de tais fenômenos e no enfrentamento das dificuldades, assim como reconhecer a ambivalência de seus sentimentos. O programa PNP se estabelece como uma alternativa profilática a ser implementado nos contextos de saúde enquanto política pública.

## 2.4 INTERVENÇÃO COM GESTANTES

Considerando a gestação como um momento de impacto, pesquisas têm sido desenvolvidas a fim de cuidarmos da saúde mental nessa etapa do ciclo de vida. Romagnolo *et al.* (2017a) apontam em uma revisão sistemática que entre os anos de 2006 e 2016 foram encontrados três artigos que correspondiam à categoria de Avaliação e Intervenção Psicológica na gestação, sendo apenas um deles no Brasil. A notícia de uma gravidez, seja planejada ou não, traz consigo uma avalanche de sentimentos para a família e, principalmente, para a mulher. Surgem para a gestante diversas preocupações relativas a todas as mudanças que irão acontecer em sua vida. São muitos pensamentos que giram em torno das inúmeras mudanças que ocorrerão.

Quando falamos em mudanças, devemos levar em consideração, inclusive, a ansiedade. É muito comum que mulheres grávidas fiquem mais ansiosas do que mulheres não grávidas. Logo, se qualquer pessoa está sujeita a passar por um período de ansiedade e depressão, muito mais propensão a isso tem uma gestante, com hormônios a flor da pele e vivenciando mudanças internas e externas.

Em uma revisão sistemática posterior, Benincasa, Lazarini e Andrade (2021) descreveram modelos de intervenção psicológica durante a gestação encontrados na literatura nos anos de 2009 a 2019. Nessa pesquisa os autores selecionaram dez artigos que correspondem à intervenção psicológica na gestação em que os resultados mostraram que os recursos teóricos e técnicos da Psicologia podem contribuir tanto para a promoção da saúde quanto para redução dos fatores de risco e aumento dos fatores de proteção à transtornos comuns ao puerpério. Dos artigos encontrados pelas autoras, seis deles relatam experiências de intervenção em grupo. Dos seis relatos de experiência de intervenções em grupo, cinco foram realizadas no Brasil e quatro relatam sobre o impacto do PNP.

Com isso, verificou-se que o PNP é um dos modelos de intervenção que vem crescendo atualmente no Brasil. Arrais, Cabral e Martins (2012) apresentam um modelo de intervenção que destaca a humanização da assistência durante o processo gestacional. Neste trabalho, as autoras apontam o PNP como um modelo que traz a possibilidade de uma atuação preventiva

para situações adversas potencialmente decorrentes deste período, visando um puerpério mais saudável e menos solitário. Benincasa *et al.* (2019a) reforça os benefícios dessa intervenção, descrevendo a contribuição de um programa de Pré-Natal Psicológico durante a gestação. As autoras constataam que os conflitos, medos e ansiedades inerentes a este período podem ser prevenidos ou enfrentados, pois o trabalho em grupo possibilitou estas mudanças. Neste sentido, o PNP se configura como uma forma de apoio, ora para as mulheres – compartilhando experiências – ora para o casal – preparando estes para a chegada do bebê.

Esse período, portanto, precisa ser tratado e acompanhado, até porque a própria ansiedade e os próprios medos trazem alterações no dia a dia, quando tudo que uma gestante precisa é de calma, serenidade e tranquilidade, além de uma vida saudável para si e o bebê. A ansiedade e os medos podem ser comuns, mas também podem ser agravantes, se tornando algo um pouco comprometedor. Além disso, também é muito comum encontrarmos grávidas deprimidas. E as pessoas julgam quando encontram grávidas deprimidas, porque a ideia que se tem é que esse é o momento mais feliz da vida de toda mulher, mas nem sempre é assim, seja a gravidez planejada ou não. Nunca é possível saber como uma mulher irá lidar de fato com a gravidez.

## 2.5 OBJETIVOS

O presente estudo teve como objetivo avaliar a efetividade do Pré-Natal Integral (PNI) de forma *online* com os objetivos específicos de desenvolver uma tecnologia social para a promoção de saúde no puerpério e avaliar a prevalência de transtornos mentais comuns, informações sociodemográficas e qualidade de vida.

### 3 MÉTODO

O método utilizado foi a pesquisa-ação que pode ser definida por uma pesquisa social que é planejada e realizada com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo de forma que os pesquisadores e os participantes que representam a situação investigada estão envolvidos de forma cooperativa e participativa (Thiollent, 1985). O pesquisador não participa apenas para levantamento de dados, mas tem um papel definido para alcançar o objetivo proposto de forma que possui uma ampla interação com os participantes envolvidos na pesquisa para contribuir no conhecimento do pesquisador, no conhecimento ou nível de consciência das pessoas e grupos que participarem do processo, bem como contribuir para a discussão ou fazer avançar o debate acerca das questões abordadas (Thiollent, 1985).

O método da pesquisa-ação possui uma sequência lógica e sistemática de passos com objetivos definidos bem como instrumentos e técnicas para alcançá-los. Essa sequência lógica se divide em três fases, sendo elas: um momento de investigação (selecionar uma área de trabalho, buscar informações sobre ela, observar, levantar as características dessa população, selecionar grupos estratégicos, realização da pesquisa e devolução dos resultados); um de tematização (reflexão crítica sobre os fatos pesquisados, elaboração teórica e transformação em um programa pedagógico que devolva a informação para a população) e por último, o de programação/ação (ação organizada, investigação da população, reflexão crítica da sua realidade e ações que a transformam, planejamento, execução e avaliação de um programa de ações). Desta forma, trata-se de uma pesquisa ação, pois contemplou todas as fases que compõem esse método. Houve a identificação de um problema, o planejamento de uma solução, sua implementação, seu monitoramento e a avaliação de sua efetividade e eficácia. É uma metodologia que utiliza técnicas de pesquisa que informam a ação escolhida com o objetivo de aprimorar a prática (Pinto, 1989; Tripp, 2005).

Para esta pesquisa, os encontros com as gestantes ocorreram semanalmente e em cada ocasião foi proposto um tema disparador relacionado à gestação, parto e pós-parto.

#### 3.1 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto titulado “Pré-Natal Psicológico, pré-natal coletivo e pré-natal integral: avaliação de eficácia destes serviços” foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Metodista de São Paulo (CEP-UMESP): Número do Parecer: 1.776.015, Data da Relatoria: 15/10/2016, CAAE: 59814916.9.0000.5508.

A pesquisadora vem trabalhando neste projeto anteriormente ao ingresso no mestrado em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas, sendo orientada pela Profa. Miria Benincasa, em parceria com o grupo de pesquisa (CNPq) “Humanização da Assistência à gestação, parto, puerpério e desenvolvimento de bebês. Este fato resultou no início da coleta de dados nos anos de 2020, 2021 e 2022.

### 3.2 PARTICIPANTES

O grupo foi composto por um total de oito mulheres, cujos nomes foram alterados na apresentação de dados, com a finalidade de preservar a privacidade. Trata-se, então, de nomes de flores: Tulipa, Margarida, Lírio, Íris, Violeta, Jasmim, Rosa e Azaleia. Como critério de inclusão, as gestantes precisavam estar entre 12 e 26 semanas de gestação, com idade entre 23 e 40 anos.

#### 3.2.1 Critérios de Inclusão/Exclusão

Esse recorte foi estabelecido considerando que a literatura aponta maior risco de perda gestacional antes de 12 semanas (Sedgh *et al.* 2016; Arcanjo *et al.* 2011) e que o grupo teve a duração de 12 semanas, assim, as gestantes seriam acompanhadas até as 38 semanas, período que a gestação é considerada a termo, diminuindo o risco de que o parto ocorresse durante o período de realização do grupo.

Como critério de exclusão, as participantes não poderiam ter algum diagnóstico de transtornos mentais moderados ou graves no momento da entrevista inicial. Caso fosse constatado algum diagnóstico, a gestação não é mais considerada de risco habitual, pois é considerado um fator de risco para depressão perinatal e já predispõe um sofrimento mental que não está associado a fatores externos (Arrais, Lordello; Cavados, 2015).

Aqui, optamos por manter participantes sem diagnóstico prévio, considerando que é o recorte da maior parte da população e que gestação de alto risco exige uma atenção especializada. De acordo com o Ministério da Saúde, quando a gestação é de alto risco há a necessidade de tratamentos e acompanhamentos mais rigorosos nas questões clínicas, obstétricas e emocionais para que possa seguir com a gestação e parto saudáveis (Brasil, 2010).

### 3.2.2 Caracterização da Amostra

A Tabela 1 diz respeito aos dados sociodemográficos das participantes do grupo de PNI “Torna-se Mãe”, elas se encontram na com idade entre 23 e 40 anos, todas estão em um relacionamento e conviventes com o pai do bebê, assim como apresentam pelo menos o ensino médio completo como nível de instrução.

Entre as profissões que ocupam, Tulipa é autônoma, Rosa é Farmacêutica, Margarida é Psicóloga, Lírio é Cuidadora de Idosos, enquanto Íris é banhista, Violeta é Advogada, Jasmim é Instrumentadora Cirúrgica e Azaleia desempregada. Tulipa, Lírio, Íris, Rosa e Azaleia apresentam renda familiar de 1 a 3 salários-mínimos. Tanto Violeta quanto Jasmim apresentam renda de 3 a 5 salários-mínimos e Margarida é a única que tem renda familiar de mais de 10 salários-mínimos; quanto à cor, Tulipa e Azaleia se declaram pretas, Violeta e Lírio se declaram pardas e as demais participantes se declaram brancas. Referente à primeira gestação, todas estão na primeira gestação, exceto Jasmim que está na segunda.

**Tabela 1** - Informações sociodemográficas das participantes.

Nome	Tulipa	Margarida	Lírio	Íris	Violeta	Jasmim	Rosa	Azaleia
Idade	23	40	32	25	30	32	30	25
Cidade   Estado	Salvador   BA	Taubaté   SP	Casimiro de Abreu   RJ	Betim   MG	São Paulo   SP	São Paulo   SP	Curitiba   PR	João Pinheiro   MG
Estado Civil	União estável	Casada	Casada	Casada	União estável	União estável	Casada	Solteira
Profissão	Autônoma	Psicóloga	Cuidador de idosos	Banhista	Advogada	Instrumentador cirúrgico	Farmacêutica	Desempregada
Renda familiar	De 1 a 3 salários mínimos	Mais de 10 salários mínimos	De 1 a 3 salários mínimos	De 1 a 3 salários mínimos	De 3 a 5 salários mínimos	De 3 a 5 salários mínimos	De 1 a 3 salários mínimos	De 1 a 3 salários mínimos
Cor	Preta	Branca	Parda	Branca	Parda	Branca	Branca	Preta
Escolaridade	Médio Completo	Doutorado	Médio Completo	Médio Completo	Pós-Graduação	Superior Incompleto	Superior Completo	Médio Completo
Primeira gestação?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

### 3.3 LOCAL

Os encontros iniciaram no dia 25 de março de 2022, em ambiente virtual através da plataforma Microsoft Teams, com duração de 50 minutos cada reunião.

### 3.4 INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados foram Pré-natal Integral, Self-Report Questionnaire (SQR), Questionário Sociodemográfico, Escala de Apego Materno, Entrevista Psicológica, World Health Organization Quality Of Life - WHOQOL Breve, conforme descrição a seguir.

#### 3.4.1 Pré-Natal Integral

O PNI é o modelo de intervenção desenvolvido pela pesquisadora Miria Benincasa e vem sendo aplicado desde 2016 com resultados positivos para bem-estar no pós-parto. Entretanto, não há registros sobre sua aplicação em ambiente virtual. Todas as outras versões foram presenciais e, pela primeira vez, será avaliada sua eficiência na modalidade online. As sessões foram coordenadas por uma psicóloga (pesquisadora), e, quando pertinente, outros profissionais de saúde foram convidados para participar das sessões. Cada um dos três grupos contou com três fases:

- 1ª fase: avaliação das gestantes; foram aplicados os seguintes instrumentos: Escalas de autoestima, Escala de Satisfação com relacionamento conjugal, Self-Report Questionnaire (SRQ); Escala de Apego Materno-Fetal; Entrevista Psicológica; Questionário sociodemográfico; Whoqol Breve, tudo isso ocorreu logo no início da gestação e seguiu durante todo o período gravídico.
- 2ª fase: PNI propriamente dito;
- 3ª fase: avaliação das gestantes pela psicóloga entre 6 e 12 meses após o parto: Escalas de autoestima, Whoqol Breve; Entrevista Psicológica; Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo.

Foi um grupo fechado em que as participantes que cumpriram os critérios para este estudo, participaram de 12 encontros semanais de 90 minutos cada. As temáticas que fundamentaram as sessões foram dispostas da seguinte maneira:

1º encontro	Apresentação do Grupo
2º encontro	Vínculo Mãe e Bebê
3º encontro	Relacionamento Conjugal
4º encontro	Preparação para o Parto
5º encontro	Pós-parto e Ansiedades próprias deste período
6º encontro	Família e rede de apoio durante o pós-parto
7º encontro	Sexualidade no pós-parto
8º encontro	Feminilidade e Maternidade
9º encontro	Depressão e Baby blues
10º encontro	Amamentação
11º encontro	Parto
12º encontro	Encerramento

#### 3.4.2 Self-Report Questionnaire (SRQ)

Trata-se de um questionário cujo objetivo é identificar alterações psíquicas referentes à atenção primária, sendo desenvolvida por Harding *et al.* (1980) e tendo sua validação no Brasil por Mari e Willians (1986) e, sendo composto por 20 000000perguntas elaboradas para detectar Transtornos Mentais Comuns (TMC). Para que a pessoa seja considerada como um possível caso, toma-se uma pontuação igual ou superior a sete para respostas positivas (sim) que tem escore igual a um ponto cada uma. Pontuação inferior a sete, indica menor probabilidade de transtornos mentais comuns.

#### 3.4.3 Questionário Sociodemográfico

Este questionário é composto de 25 questões, sendo a maior parte objetiva. O instrumento foi desenvolvido pela própria pesquisadora para o presente estudo como auxílio na padronização da caracterização da amostra. Nele (Apêndice A) constam questões sobre dados

peçoais, financeiros, ocupacionais, questões relacionadas ao período gestacional, ao parto, ao pós-parto e à saúde do bebê.

#### 3.4.4 Escala de Apego Materno

Elaborada por Cranley (1981), esta escala tem como objetivo investigar e medir a frequência e intensidade da realização de comportamentos maternos que configuram vínculo com o feto.

Busca comprovar o surgimento de tal vínculo ainda na fase pré-natal, este é fruto de fatores psicológicos, fisiológicos e sociais (Alvarenga, 2012).

#### 3.4.5 Entrevista Psicológica

Segundo Bleger (1998), além de um recurso da clínica, a entrevista é uma técnica bastante útil para a pesquisa científica em Psicologia. O que diferencia a entrevista Psicológica de outros tipos de entrevistas é o objetivo, que neste modelo, pretende investigar aspectos psicológicos. A entrevista utilizada foi semiaberta, de forma que foram definidos três grandes temas como guias, sendo eles: Gestação, Parto e Pós-Parto como estímulos para que as entrevistadas, à sua maneira, trouxessem as informações que foram propostas no objetivo da pesquisa.

A entrevista foi dividida em duas etapas. A primeira etapa foi realizada durante a gravidez, antes da intervenção em grupo e teve como objetivo o rastreio de fatores de risco para adoecimentos psíquicos no puerpério. Nela, buscamos conhecer a gestação, foi solicitado que a participante fizesse um relato criterioso de sua gestação, do pré-natal, da expectativa para o parto, do planejamento para a recepção deste bebê, do envolvimento familiar nesta gestação, da relação com o obstetra etc. Investigou-se também a vida pregressa da gestante, especialmente, relação familiar, desejo de ter filhos, planejamento familiar, história de abortamento, vida sexual e reprodutiva. A segunda etapa ocorreu após o nascimento do bebê em um período de até 12 meses após o parto, com objetivo de abordar temas como a preparação para o parto, bem como a investigação do parto em si com um relato detalhado deste, abordando desde o início do trabalho de parto ainda em casa até a saída da maternidade. No caso da cesárea agendada foram verificados os motivos deste agendamento, além de todos os acontecimentos entre a entrada e saída da maternidade. Quanto ao pós-parto, buscou-se conhecer sobre a chegada em

casa, a rede de apoio, sentimentos e angústias vividos, cuidados do bebê, cuidados pessoais, rotina, amamentação etc. A segunda etapa também ocorreu após a realização dos grupos.

#### 3.4.6 *World Health Organization Quality of Life* - WHOQOL Breve

Uma análise realizada pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS demonstrou que é possível desenvolver uma medida de qualidade de vida aplicável e válida para uso em diversas culturas e organizou um projeto colaborativo em 15 centros, cujo resultado foi a elaboração do *World Health Organization Quality of Life-100* (WHOQOL-100).

Devido à necessidade de instrumentos curtos e de rápida aplicação, foi, então, desenvolvida a versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref, cuja versão final ficou composta por 26 questões. A primeira questão refere-se à qualidade de vida de modo geral e a segunda, à satisfação com a própria saúde. As outras 24 estão divididas nos domínios físico, psicológico, das relações sociais e meio ambiente, sendo um instrumento que pode ser utilizado tanto para populações saudáveis como para populações acometidas por agravos e doenças crônicas. Além do caráter transcultural, os instrumentos WHOQOL valorizam a percepção individual da pessoa, podendo avaliar qualidade de vida em diversos grupos e situações.

A versão em português foi realizada segundo metodologia preconizada pelo Centro WHOQOL para o Brasil e apresentou características psicométricas satisfatórias.

### 3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Por se tratar de um projeto em andamento, já existe comitê de ética aprovado (Apêndice D), CEP-UMESP, CAAE 59814916.9.0000.5508, Número do Parecer: 1.776.015). A partir do ingresso no Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Políticas Públicas da Universidade de Santos, em comum acordo com a orientadora, foram iniciados os contatos com as participantes. As participantes foram acionadas por meio do método *snowball sampling* (Handcock; Gile, 2011; Baltar; Brunet, 2012) e grupos públicos ou páginas de redes sociais. Assim que as participantes foram contatadas e cumpriram os critérios estabelecidos pela amostra, foram informadas sobre os objetivos da pesquisa. Ao concordarem em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) e foram agendados datas e horários para a primeira fase do projeto, em que foram aplicados os instrumentos determinados para essa etapa que foi realizada em dois encontros, com duração de 45 minutos cada.

Após as avaliações as participantes foram encaminhadas para a intervenção em grupo, que teve suas sessões gravadas. Foi solicitado às participantes que aceitassem a inclusão em um grupo de WhatsApp com todas as integrantes e os profissionais que fizeram parte da intervenção. Este grupo foi mantido mesmo após a segunda etapa para que elas possam contribuir umas com as outras e os profissionais possam ajudá-las diante de alguma dúvida.

A coleta de dados da terceira etapa se deu também em ambiente virtual e ocorreu entre 6 meses e 1 ano de vida do bebê. O grupo de WhatsApp permitiu esse controle além do agendamento com as participantes. Esse encontro, que foi dividido em dois, com duração de, aproximadamente, 70 minutos.

### 3.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Foram realizadas análises qualitativas que se referem à entrevista, e à intervenção propriamente dita. Foram utilizadas a análise de conteúdo temático – categorial (Oliveira, 2008), visto permitir a presença tanto de categorias apriorísticas como as que emergem do estudo. Nas sessões da intervenção, categorias foram definidas à priori, não impedindo que novas categorias ou subcategorias emergjam.

As entrevistas e as sessões grupais foram transcritas e foi realizada uma pré-análise buscando as primeiras hipóteses ou questões norteadoras relacionadas aos temas propostos. Estas foram organizadas em indicadores, ou seja, unidades de categorização, buscando semelhanças e contrastes ao tema investigado.

Posteriormente, foram identificadas unidades de registro, buscando descrever e explorar todo seu conteúdo. As unidades de registro que se relacionam foram agrupadas em uma categoria. As categorias, diretamente relacionadas aos objetivos do trabalho e aos temas de cada sessão, foram analisadas segundo referenciais teóricos que tratam da perinatalidade.

As análises qualitativas apresentam claramente a forma como este modelo foi conduzido e aplicado, de maneira que esteja disponível como um produto à profissionais da perinatalidade.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO ONLINE

#### 4.1.1 Relato e Análise do Primeiro Encontro – Apresentação do Grupo e do Pré-Natal Psicológico - 25/05/2022.

A coordenadora do grupo iniciou o encontro passando as orientações e o cronograma ao grupo, em seguida, solicitou que cada gestante se apresentasse, por meio de uma dinâmica.

As gestantes se apresentaram, uma a uma. Após a apresentação, a psicóloga falou sobre o Pré-Natal Psicológico, seu objetivo e como ele funciona. O material utilizado está no Apêndice B.

Em seguida foi aberta uma sessão de trocas de experiências com objetivo de gerar identificação entre as gestantes. As gestantes começaram a relatar sobre suas ansiedades e experiências que estão vivenciando na gestação, discutindo temas como a desromantização da gravidez, as mudanças corporais e emocionais, os sentimentos de culpa diante das cobranças familiares e ocupacionais e a mudança dos papéis sociais.

Junto da coordenadora, as gestantes passaram a conversar sobre as cobranças que a sociedade impõe sobre as mulheres e gestantes e sobre as dificuldades enfrentadas durante a gestação. Violeta uma das gestantes relatou: “mundo te cobra uma felicidade, mas aí você tá lá, passando super mal e não tem onde tirar essa felicidade, e aí fica essa pressão, e aí você já tá mal e tem essa pressão e aí você fala meu eu to errada, deve ser comigo.”

A gestante Lírio, complementou:

*“Tem muita essa questão da gravidez romântica, o mundo propaga isso né, sonho de estar grávida, quatinho, sexo, desejo e tudo mais, mas a parte real mesmo é o que a gente não vê ninguém falando e por isso que muitas grávidas sofrem por causa disso, porque quando a gente vê a realidade do corpo, a gente passando mal e as mudanças e tudo mais, não é esse mar de rosas que todo mundo fala, então é bem complicado.”*

Acerca do sentimento de culpa em comparação com outras mulheres e diante das cobranças sociais, Piccinini *et al.* (2008) afirmam que a função de gestar e de cuidar tem sido atribuída à mulher há muitos anos. Existe uma cobrança para que a mulher cuide da casa, dos filhos, do marido e ainda de sua vida profissional, trazendo uma sobrecarga de papéis sobre as

mulheres. Ademais, existe um culto ao corpo e a exigência de que a mulher tenha cuidados com a estética. Sendo assim, durante a gestação e após o parto, sentimento de culpa e estranheza em relação ao próprio corpo são esperados. Além disso, durante a gestação, a mulher passa a se voltar mais para o papel da maternidade, deixando alguns outros papéis sociais em segundo plano, o que também pode gerar o sentimento de culpa e invalidez.

Sobre os relatos de mudanças corporais e sentimentos de mal-estar, Piccinini *et al.* (2008) afirma que a gestação é um período de intensas reestruturações na vida da mulher e em seus papéis sociais. Nesse processo, ocorrem mudanças psicológicas, biológicas e sociais, que resultam em experiências únicas, intensas e ambivalentes. Além disso, o gestar proporciona maior sensibilidade, tornando a mulher mais suscetível a crises emocionais durante esse período.

Acerca da desromantização da gestação, conforme Cruz (1990), a gestação provoca intensas mudanças psicológicas e somáticas, pois, durante a gestação, a mulher revive fortes conflitos, sonhos e fantasias da infância e da adolescência. Apesar de ser um momento sonhado por muitas mulheres, a presença de crises e tristeza é comum, e, por isso, para algumas mulheres, esse período está longe de ser tranquilo, sereno e belo.

Algumas gestantes, durante o encontro, manifestaram a ansiedade em relação ao desempenho do papel materno. A gestante Azaleia relatou: “Tudo você absorve, os outros ficam falando, aí você pensa, será que vou conseguir ser uma boa mãe, será que vou conseguir cuidar do meu filho, então isso fica o tempo inteiro na sua cabeça”

Conforme apontado por Silva e Krebs (2021), durante a gestação e após o parto, a mulher passa pela formação de sua identidade materna, o que requer uma adaptação pessoal, emocional e social. Durante esse processo, sentimento de insegurança em relação ao exercício desse novo papel são comuns.

#### 4.1.2 Relato e Análise do Segundo Encontro – Vínculo Mãe e Bebê - 01/04/2022

Neste segundo encontro foi proposto ao grupo assistir um vídeo do Youtube, "Threads", dirigido por Torill (2017), o qual retrata o processo de vínculo entre uma mãe e a filha. O vídeo aborda sobre um universo em que as pessoas buscam se conectar umas com as outras, e o enredo traz uma mulher e uma criança que são reunidas como mãe e filha. A filha cresce dentro da bolha de proteção da mãe e aprende sobre o amor e a confiança, até que ela cresce e pode estabelecer seus próprios vínculos.

Após, a Coordenadora do grupo apresentou os slides em que tratavam sobre a Construção da Maternidade, trazendo as principais transformações que ocorrem, como: transformações corporais, psicológicas, conjugais e sobre a transformação para a própria mulher. O material utilizado consta no Apêndice E.

Dando continuidade na apresentação, foi abordado sobre a Idealização do bebê, em que foi abordado o bebê imaginado, desde a escolha antecipada dos nomes, características de personalidade - se parece com a mãe ou o pai. Finalizada essa apresentação, a Coordenadora abriu um momento de troca para que as gestantes como é a relação delas com o bebê; quais expectativas elas tinham em torno da maternidade.

As gestantes se manifestam, trazendo suas percepções acerca da gestação e expectativas em relação ao bebê. Um dos pontos abordados pela maioria das gestantes foi quanto a expectativa do sexo do bebê, é possível notar nas seguintes falas, Jasmim trouxe: “É... essas questões de imaginário, eu não sei se têm outras pessoas que têm o segundo filho, mas na primeira gestação pra mim, foi mais fácil, só que agora na segunda, eu fico com receio porque, eu gostaria que fosse um menino e o meu receio é, e se for uma menina!? Como que eu vou imaginar? Como que eu vou criar esse afeto?”

Azaléia traz em sua fala: “Eu criei muita expectativa desde quando eu descobri que eu estava grávida, se ia ser menina, como que eu ia, como que eu ia fazer pra, tipo assim compra as coisinhas dela, se fosse menino, o quê que eu ia comprar, como que eu ia fazer o quartinho, e desde quando eu ganhei, eu sempre falei que era menina e já coloquei o nome”.

Para Violeta sua fala se deu da seguinte forma: “Eu também criei muita expectativa, criei não né, estou criando ainda, porque eu ainda não sei o sexo, muita expectativa sobre o sexo do bebê, é pra mim é um menino, a gente, é eu só chamo pelo nome de menino, minha família inteira chama pelo nome de menino e aí fica todo mundo falando: "Mas se for uma menina, que você vai fazer?" Eu: "Não sei! (risos)”.

Tulipa trouxe: eu descobri minha gestação muito no início, eu descobri eu estava ainda pra fazer 3 semanas e eu sempre quis que fosse menina, eu sempre desejei menina e meu esposo também sempre quis menina, então a gente sempre fez planos pra menina e eu passei a ter muito medo de como eu ia reagir caso não fosse menina, porque eu nunca me imaginei mãe de menino, eu sempre quis, eu sempre quis ser mãe, mas eu sempre quis ser mãe de menina, nunca idealizei mãe de menino e agora como eu, eu descobri o sexo na primeira morfológica, no primeiro trimestre é, com 13 semanas e aí de vez em quando ainda bate assim uma insegurança que a médica afirmou que era menina, mas eu vejo muito caso de gente que depois de um certo

período, descobre que é menino, então isso tem me causado uma ansiedade muito grande porque as vezes eu fico pensando porque eu já comprei coisas, eu tenho expectativas é.”

Segundo Borsa e Dias (2004), o vínculo mãe bebê inicia-se já no período gestacional, sendo solidificada após o nascimento do bebê e no decorrer de seu desenvolvimento. Essa relação precoce, se dá pela idealização e expectativa materna, refletidas no pensar sobre o bebê, suas características físicas e temperamentais. Corroborando com a ideia de vínculo antes ao nascimento, Silva e Braga (2019) apontam que a construção da relação mãe bebê já se dá no anúncio da gravidez, na escuta dos batimentos cardíacos, na percepção dos movimentos do bebê e que se modificam através dos acontecimentos culturais e do desenvolvimento da díade.

Nos relatos, evidenciou-se, a expectativa quanto ao sexo do bebê, um estudo de Piccinini *et al.* (2004), apresenta cinco categorias que apoiam a representação materna referente ao bebê, dentre elas o sexo do bebê. O entendimento do sexo do bebê possibilita a mãe, nomear, interagir e assim, torná-lo mais real. Esse estudo apontou que as gestantes no geral, expressam a crença sobre a determinação do sexo e que parte de uma ideia previamente formulada, tanto pela mãe quanto pelo pai.

Por fim, é proposta uma atividade para as gestantes, com o objetivo de aproximá-las da criação com o vínculo mãe - bebê. A Coordenadora propõe que elas anotem, no papel, bloco de notas ou onde se sentirem confortáveis, as experiências que sentirem e sugere que elas coloquem uma música e observem como o bebê reage; degustem algo doce e vejam se o bebê reage a isso de alguma forma. Pede para elas observarem o bebê chutando e se tem relação com o que elas comeram ou ouviram.

A atividade é proposta para ocorrer até o próximo encontro, a Coordenadora pergunta se as gestantes topam. Todas se manifestam positivamente para realizar a atividade, com exceção da gestante Margarida que está mais no início da gestação e não consegue sentir ainda o bebê.

A coordenadora então diz a Margarida que ela pode se perceber, conversar com a barriga e que será uma forma dela também se conectar com seu bebê. Então, o encontro é finalizado e passado que o próximo tema será sobre: Relacionamento Conjugal.

#### 4.1.3 Relato e Análise do Terceiro Encontro – Relacionamento Conjugal - 08/04/2022

A coordenadora deu início ao encontro perguntando como foi a atividade do diário da gravidez que foi passada a elas no encontro anterior. As gestantes relataram sobre diferentes comportamentos que elas notaram que seus bebês tinham demonstrado ao decorrer dos dias,

como eles mudam o comportamento estando em ambientes mais agitados ou calmos, como eles reagem a diferentes tipos de alimentos que as mães ingerem durante a gestação. Uma das gestantes relatou ter passado mal durante o final de semana por ter ingerido um alimento que não estava presente no cardápio de sua dieta. As mães disseram ter gostado dessa atividade, pois conseguiram prestar mais atenção nos detalhes da sua gravidez, e nas diferentes reações que os bebês demonstram ao longo dos dias de acordo com os lugares, sons e alimentos que as mães consomem.

Em seguida foi realizado um exercício de respiração com o objetivo de trazer calma, leveza e concentração para o encontro.

Após o exercício o encontro entrou em seu tema principal que era “relacionamento conjugal”, foi apresentado um vídeo às gestantes para que fosse iniciada uma discussão sobre o tema. O material utilizado consta no apêndice F

As gestantes descreveram suas relações com seus parceiros, como eles reagiram com a descoberta da gravidez, como é a participação de cada um ao longo da gestação, os desafios que o casal vem enfrentando ao longo dos últimos meses.

A gestante Violeta relatou: “Acho que a gente se aproximou mais até, depois da gravidez, eu sempre tive a sensação de que a gente era família, mas depois do bebê, a sensação de família parece que aumenta”. Algumas gestantes relataram que sentiram maior aproximação do cônjuge após a descoberta da gravidez.

Durante a gestação, estudos apontam um comum declínio na relação conjugal em termos de romance. Por outro lado, o companheirismo e parceria podem aumentar neste período de transição para a parentalidade. Durante o encontro, as gestantes focaram a discussão na parentalidade, abordando pouco o tema da conjugal idade, demonstrando a possibilidade de que os casais estejam mais voltados para o bebê do que para a relação conjugal (Menezes; Lopes, 2007).

Alguns estudos apontam que a parentalidade pode trazer declínio na relação conjugal. Por outro lado, outros estudos apontam o aumento do engajamento do casal em resolver as questões negativas de seus casamentos durante a transição para a parentalidade. Pesquisas apontam também, que, casais que demonstram boa relação conjugal antes da gravidez, mantém a estrutura de alta competência conjugal durante a gestação e após o nascimento do bebê (Menezes; Lopes, 2007).

Outro tema discutido foi sobre as mudanças na convivência e na sexualidade do casal durante a gravidez.

A gestante Violeta relatou: “A sensação é que a vida se voltou para o bebê né, direcionou a vida inteira pro bebê, então a gente fazia as coisas só os dois, agora a gente no começo que eu estava passando muito mal, a gente não fez nada”.

A gestante Tulipa complementou: “nesses últimos dois meses e meio eu fiquei bem inativa (sexualmente), então ele tem expectativa de que depois que o neném nascer, você vai voltar a ser 100% e eu tenho uma ideia de que não vai ser exatamente assim, eu tento conversar e tal e fazer ele entender que assim as coisas vão mudar realmente. Mas é difícil, é difícil porque como a Violeta falou, a gente passa a viver a vida do bebê, a gente vira mãe, vira pai e a gente acaba esquecendo um do outro, como um cônjuge e de certa forma a gente deixa de lado as necessidades do parceiro”.

Segundo Barbosa *et al.* (2011), o casal vivencia, durante a gestação, intensas adaptações físicas, emocionais, existenciais e sexuais. As mudanças atreladas a inserção de um terceiro elemento na relação do casal podem acarretar a diminuição do interesse e atividade sexual. Estudos apontam que é comum que as gestantes, especialmente no primeiro trimestre, percam parcialmente ou totalmente o desejo sexual devido aos sintomas físicos da gestação (náuseas, dores, vômitos etc.). O interesse sexual tende a melhorar no segundo trimestre, quando os sintomas citados anteriormente diminuem significativamente. Já no último trimestre, é comum que a frequência sexual do casal seja baixa devido ao cansaço, fadiga e incômodo gerados pelo tamanho da barriga.

A coordenadora do encontro, explica posteriormente a importância do diálogo entre o casal durante e após a gestação para o bem-estar de ambos e do bebê, para que ambos compreendam que a sexualidade do casal vai mudar bastante no puerpério devido aos cuidados com o bebê, e para que as responsabilidades com o bebê e com a casa sejam divididas e não pesem só para um lado. Ela explica também sobre o que é conjugalidade, e que o termo vai além da gravidez, ela mostra o quão importante é entender o que elas esperam de seus parceiros em suas relações como casal, a importância da comunicação entre o casal, para que no futuro não haja maiores problemas.

#### 4.1.4 Relato e Análise do Quarto Encontro – Preparação para o Parto - 13/04/2022

No quarto encontro, a coordenadora do grupo iniciou o encontro perguntando para as gestantes como elas passaram a semana e como foi realizar a atividade de anotar a interação com o bebê. As gestantes então contaram como foi a experiência e que gostaram de realizar a atividade.

A coordenadora então seguiu o encontro dizendo que teria uma convidada para falar sobre a preparação para o parto e apresentou a Psicóloga, Adriana Navarro.

Adriana inicia pedindo para que as gestantes se apresentem, de onde são, quantas semanas de gestação e qual é a expectativa para o parto. As gestantes se apresentam e todas manifestam o desejo por ter o parto normal e trazem a questão da recuperação mais rápida sendo essa via de parto. Íris trouxe a seguinte fala: “minha pretensão é o parto normal, com medo da dor, mas justamente por causa da recuperação pra não ter que ficar 100% dependente de alguém, porque pra gente é mais complicado, como minha família não mora aqui, é só eu e meu esposo, então uma cesárea aqui em casa seria meio difícil”

Violeta diz: “Querer, querer eu queria que fosse um parto normal, mas seja o que for.” Para Lírio: “Eu já li que o parto normal é muito mais seguro para o bebê né, natural, o nome já diz. Então minhas expectativas são essas. Eu sei que qualquer complicação eu não iria interferir em outra coisa, em uma cesariana, por exemplo, se estivesse correndo algum tipo de risco, mas a minha vontade mesmo é ter parto normal, mais normal possível né”.

Nota-se nos relatos a preferência pelo parto normal, de acordo com o Guia Prático de Assistência ao Parto Normal descrito pela Organização Mundial de Saúde (1996), o parto normal se caracteriza como:

Início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até o nascimento. O bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o nascimento, mãe e filho estão em boas condições (OMS, 1996).

Segundo Melchiori *et al.* (2009), as razões apontadas pelas mães para a opção pelo parto normal são: acreditar que a recuperação seja mais rápida; considerar que é um processo que trará mais benefícios e garantia de melhor saúde para mãe-bebê; associar esse procedimento como natural e próprio do ser humano; e quando envolve segundo parto, ter uma experiência positiva com o primeiro procedimento aumenta a chance de nova realização.

Então, a convidada começa a discorrer sobre o parto cesárea e o parto normal e perguntou às gestantes se elas já conversaram com os respectivos médicos sobre essa preferência pelo parto normal. As gestantes foram falando sobre o atendimento que recebiam, algumas retrataram já terem falado com o médico, outras trouxeram que ainda não falaram porque não tem um único médico e que passam por plantonistas, outras trouxeram que quando tentaram falar o médico indicou ser cedo para tratar o assunto e teve caso de a gestante expor que os médicos do hospital não querem fazer parto normal. Algumas das falam se deram da

seguinte maneira: Íris trouxe que: “Por aqui, não sei em outros estados, mas aqui em Minas a gente passa em uma enfermeira e uma médica, eu cheguei a perguntar na última consulta que foi com a enfermeira a questão do parto, ela disse que era um pouco cedo, que era pra esperar um pouco e tentar conversar com a médica na próxima consulta agora desse mês”.

Lírio pontuou: “É aqui também não falei ainda, porque tem essa questão, ter vários médicos de plantão, então na verdade se você quiser um médico específico você tem que escolher cesariana né porque tem que ser alguma coisa marcado. E no caso no parto normal tem que esperar entrar em trabalho de parto, então depende do dia, do médico que vai estar de plantão, mas eu já ouvi falar, algumas mães comentando, que aqui também bastante dessa questão da cesariana, muitos médicos não querem fazer parto normal, não querem esperar o neném nascer, vão logo para cesariana”.

O momento do parto carrega consigo, vulnerabilidade e emoções intensas, a preocupação da mãe está sobre sua saúde e a de seu bebê, por isso se faz necessário um suporte amplo e adequado, a fim de evitar que a experiência vivida deixe marcas negativas em suas vidas. Com a finalidade de promover, proteger e incentivar o parto natural foi publicada a portaria N°353 que aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (Brasil, 2017). Embora as Diretrizes sejam nacionais, sintetiza informações e estudos científicos acerca desse assunto, nos relatos das gestantes é perceptível como o parto, pode ter diferentes realidades no mesmo Brasil.

A convidada retomou e disse que a grande realidade é a da cesárea e começou a falar que nunca é cedo para discutir sobre o parto, e discorreu sobre o parto ao longo da história e as mudanças que houve no cuidado com a mãe e o bebê.

Trouxe a importância de escolherem, se houver a possibilidade, um médico que esteja alinhado com as expectativas delas para o parto; falou sobre dor e sofrimento no parto e que são coisas distintas; apontou sobre as contrações e como costuma ocorrer; apresentou às gestantes sobre a possibilidade de elaborarem o plano de parto e sobre

As gestantes participaram ativamente e expuseram suas dúvidas em relação ao parto e houve a troca com a convidada.

Por fim, ficou de ser passado às gestantes, pelo grupo de WhatsApp que todas fazem parte, uma imagem das fases do Trabalho de parto para que elas conhecessem; um modelo de plano de parto que poderiam utilizar um vídeo do Youtube - Quais são as fases do trabalho de parto.

Após o encontro, foi disponibilizado às gestantes, no grupo de WhatsApp, o material de Plano de Parto (Anexo D).

#### 4.1.5 Relato e Análise do Quinto Encontro - Pós-Parto e Ansiedades Próprias desse Período - 20/04/2022

A coordenadora do grupo iniciou o encontro perguntando para as gestantes como elas passaram a semana. Pediu, também, para que dissessem o que acharam do último encontro, sobre preparação para o parto. Cada gestante relatou como havia sido a semana e grande parte delas afirmaram que o encontro sobre parto levou elas a pensar mais e pesquisar mais sobre o tema. Foi feito o exercício de relaxamento com as gestantes e na sequência, foi iniciada a discussão acerca do tema do dia, puerpério. O material utilizado no encontro consta no Apêndice G.

A psicóloga, primeiramente, perguntou às gestantes se elas sabiam do que se tratava o puerpério e o que ocorre nesse período. Uma das gestantes disse que se tratava do período pós-parto. Na sequência, as gestantes começaram a discutir sobre as peculiaridades desse período. Disseram que se trata de um período delicado para a mulher, devido às mudanças bruscas nos hormônios, adaptação à rotina exaustiva de cuidar do bebê, recuperação do parto etc.

A psicóloga ressaltou que cada mãe vivencia esse período de uma forma, e que, enquanto algumas mães têm um puerpério extremamente conturbado, outras vivenciam esse período de forma mais tranquila. Destacou, no entanto, que nesse período, de fato, o bebê irá demandar muita atenção e tempo das mães.

Nesse sentido, a psicóloga destacou que a rede de apoio é muito importante, para que a mãe receba ajuda e a rotina não seja tão pesada. Indicou que as mães, portanto, comecem a se preparar para esse período, principalmente através do diálogo com a rede de apoio, realizando combinados em relação a rotina que está por vir.

De acordo com Martins *et al.* (2008), a chegada do bebê implica em diversas mudanças e desafios, alterando a dinâmica familiar. O pós-parto traz alto desgaste físico e emocional para a mãe, e nesse sentido, a rede de apoio é essencial para uma adaptação positiva a essas mudanças.

A rede de apoio pode contribuir com o apoio emocional, material, instrucional ou com a interação social positiva. A literatura indica que puérperas que recebem ajuda de outras pessoas após o nascimento do bebê conseguem se ajustar mais facilmente às mudanças geradas pela chegada do bebê e desenvolver melhor o vínculo com o bebê (Vanderlinde; Borba; Vieira, 2009).

A psicóloga também contou sobre a experiência dela em relação aos dois puerpérios que vivenciou. Abordou o tema da culpa, deixando claro que elas não devem sentir culpa caso não

sejam capazes de “dar conta” de tudo, que elas precisam exercitar a delegação de tarefas e deixar que a rede de apoio as auxilie nesse período. Enfatizou que é normal se sentir esgotada e que se elas se sentirem assim, não significa que são mães ruins. Além disso, falou a respeito das opiniões alheias que cercam a mulher nesse período.

Cada pessoa tem uma visão sobre o jeito correto de maternar, e muitas vezes, a mulher pode se sentir sobrecarregada com tantas opiniões e cobranças diferentes. No entanto, afirmou que “cada mãe deve fazer aquilo que considera importante para o seu bebê e para si mesma. Disse que a mulher cuide de sua saúde mental nesse período, pois senão, ela adocece. Afirmou, também, que não é possível seguir a utopia que as pessoas estabelecem para a maternidade, pois cada uma vai se deparar com uma realidade diferente. Sobre essa questão, a gestante Íris pontuou: “A gente pensa muito e às vezes acaba pensando pouco, porque tem hora que a gente pensa em cuidar da criança, da casa, que a gente não se preocupa em quem vai cuidar da gente, em quem vai ajudar a gente, né”

De acordo com Moraes (2012), os estereótipos reforçados pela sociedade acerca da mulher trazem uma série de cobranças e exigências sobre elas. À mulher, é imposta a obrigação de conciliar tarefas ocupacionais, "tipicamente femininas", maternais e familiares, e, além disso, também é exigido que todos esses papéis sejam realizados "bem". É esperado que a mulher seja uma boa mãe, esposa, dona de casa, profissional etc. Ao não suprir suficientemente tais expectativas, vem o sentimento de culpa.

Um dos objetivos do grupo de Pré-natal Psicológico, foi desromantizar a maternidade e normalizar as falhas e imperfeições, para que tais sentimento de culpa não dominem as participantes quando nem tudo ocorrer como esperado.

A psicóloga enfatizou que cada bebê vai ter suas peculiaridades, e com o tempo, o vínculo entre a mãe e o bebê será criado e fortalecido, e assim será possível compreender cada vez mais esse bebê e suas necessidades.

As gestantes passaram, então, a discutir sobre a rede de apoio e como planejar a rotina do puerpério. Cada uma falou sobre sua rede de apoio, com quem poderiam contar e quais atividades poderiam delegar ou dividir durante o puerpério. A psicóloga foi incentivando que elas pensassem a respeito de possíveis dificuldades que elas encontrariam nesse período e possíveis soluções para tais dificuldades. Algumas gestantes abordaram como dividir as tarefas domésticas, outras discutiram sobre os cuidados com o bebê e a dificuldade de deixar que outras pessoas assumam esse papel em alguns momentos. A maior parte das gestantes indicou como principal fonte de apoio os seus cônjuges.

Conforme, é comprovado que durante a gestação, parto e puerpério, a presença paterna diminui o desgaste físico e emocional da diante das mudanças provocadas pela gestação ou chegada do bebê, gera maior harmonia para o casal, contribui para o fortalecimento da tríade pai-mãe-bebê, além de contribuir para a manutenção da saúde da mulher (Queiroz; Stermer; Moura, 2021)

Discutiram, também, a importância de cuidar da própria saúde física e mental, pois, ainda que o bebê seja a prioridade e o centro das atenções no puerpério, a mulher precisa estar bem e saudável para ser capaz de cuidar desse bebê. Por isso, a importância da rede de apoio e de que a mulher saiba pedir ajuda, e que não se sinta na obrigação de conseguir lidar com tudo ao mesmo tempo, para que não se sinta sobrecarregada e esgotada mentalmente e fisicamente.

#### 4.1.6 Relato e Análise do Sexto Encontro – Família e Rede de Apoio Durante o Pós-Parto - 29/04/2022

A coordenadora do grupo iniciou o encontro perguntando para as gestantes como elas passaram a semana e como foi para elas o tema anterior (pós-parto e ansiedade próprias do período).

Em seguida, a coordenadora trouxe o tema do encontro sobre Família e Rede de Apoio durante o pós-parto. Explicou sobre a rede de apoio, o que é; quais tipos de ajuda existem, como: afetiva/emocional, material e informacional, e apresentou os benefícios da rede de apoio.

A partir dessa apresentação, sugeriu às participantes que refletissem sobre sua rede de apoio e pediu que elas compartilhassem quem elas consideram apoiá-las no período do pós-parto. Jasmim trouxe: "eu precisei ficar 25 dias na casa da minha sogra, mas eu deixei claro que eu gostaria de ajuda, quando eu precisasse, porque não adianta você ter uma rede de apoio, onde a pessoa toma o bebê de você e faz tudo e não te ensina, então assim eu, eu vi muitas amigas que tiveram bebê antes de mim, e tinham a mãe, eu não tenho mãe né, e a mãe pegava o bebê e: "Não é assim, que se tá fazendo errado, não é assim que troca fralda, não é assim.." então assim a minha sogra, ela respeitou esse momento, ela só interferia quando eu realmente não conseguia fazer algo "

Íris relata que: "Olha, nessa questão é uma questão que a gente ainda está tentando resolver. Por quê? Como eu falei no começo, meus pais não moram aqui né, então eles tão tentando se organiza pra virem pra cá pra ficar pelo menos uma semana pra ajuda, tem a casa da madrinha da minha filha (enteada) que tá a disposição pra gente ir, pra gente fica lá também que ela quer monta uma quarto lá pra gente pode fica, então assim, se a gente precisa mesmo

da rede de apoio, eu sei que a gente vai te né, tem até uma amiga nossa que tá querendo sair lá do Rio de Janeiro pra vim pra cá pra fica com a gente né, pra da esse suporte, esse socorro porque a gente sabe que criança não é fácil, mas eu acho que uma boa rede de apoio é, não é só aquela pessoa que vai tá com você, que vai tá ali e fala "Não, eu estava lá", é uma pessoa que vai te respeita”

Margarida traz: “É, então eu também, eh, penso como as meninas falaram aqui né, é dessa rede de apoio sê uma rede que possa realmente apoiar e eh, sabe o que a mãe e o pai tão querendo né, e fazer, e ouvi-los, mas assim pensando dessa forma, eu fiquei pensando na rede de apoio, eu não tenho tanta rede de apoio com essa, vamos dizer assim, com essa qualidade (risos) né, eu tenho uma rede de apoio, mas é, que são meus pais eh, que eles são, vão ser né, bastante presentes, mas a minha mãe é bastante crítica e mandona”.

Tulipa pontua: “É, eu vou deixar a câmara desligada, porque eu apaguei a luz, que eu estou com um pouco de dor de cabeça. Mas, é assim, a minha rede de apoio, é o meu esposo, minha mãe e minha sogra, mas eu não sei exatamente com que frequência eu vou ter eles né, porque minha mãe trabalha, minha sogra mora em um bairro um pouco distante, e meu esposo também trabalha, apesar de que ele vai passar mais tempo comigo, e minha irmã, que não sabe nada com nada, ela só tem 14 anos, mas ela se dispôs a ajudar, pelo menos me ajuda com as coisas de casa”.

Após o nascimento do bebê, os sentimentos de inutilidade, medo, preocupação, culpa, exaustão e euforia são frequentemente identificados, podendo ser agravados conforme a configuração da rede de apoio da mulher e o contexto em que ela está inserida, e, além disso, tais sentimentos são mais intensos quando a mulher apresenta histórico de distúrbios mentais.

Sendo assim, o puerpério é um período de vulnerabilidade para o aparecimento de crises, visto que a mulher enfrenta mudanças intensas (Silva; Krebs, 2021). Por isso a importância do apoio de uma rede social, bem como as pessoas que possam dar a essa gestante um conforto emocional, assim como auxílio em suas novas atividades, voltadas ao maternar. Na América Latina, pesquisas mostram que em sua maioria as mulheres têm como esse apoio social o próprio cônjuge, seguido por outros membros da família (Giaretta; Fagundez, 2015).

De acordo com Vanderlinde, Borba e Vieira (2009), a rede de apoio das mães pode facilitar o relacionamento familiar e os ajustamentos aos cuidados com o bebê. O apoio social pode ter aspectos emocionais, materiais, de informação e de interação social positiva. É importante ressaltar que a ausência de apoio social é um fator de risco para o adoecimento materno, como depressão pós-parto, o que confirma que o apoio social tem papel fundamental

para auxiliar a mulher a se adaptar à maternidade, bem como a se sentir mais segura nos cuidados com o bebê e ter pessoas para recorrer em momentos de dificuldade.

As gestantes refletiram sobre sua rede de apoio e as dificuldades que esperam em ter, como a interferência na dinâmica com o bebê. Nesse sentido, a psicóloga, contribuiu em compartilhar com elas a importância de conversar antes com a rede de apoio e delimitar quais ajudas querem, e assim, estabelecerem o limite da ajuda e para que a rede de apoio ofereça suporte naquilo que a mãe necessita no momento.

Por fim, puderam compreender como a rede de apoio é importante e seus benefícios, não só para a mãe e o bebê, mas para a família como um todo. E assim, compartilhar estratégias de como lidar com a rede de apoio, e como se posicionarem diante da ajuda oferecida.

Após o encontro, foi disponibilizado às gestantes, no grupo de WhatsApp, uma cartilha com informações sobre rede de apoio, que consta no Apêndice C

#### 4.1.7 Relato e Análise do Sétimo Encontro – Sexualidade no Pós-Parto - 06/05/2022

A psicóloga iniciou o encontro questionando como as gestantes passaram a semana e fizeram reflexões acerca do tema da semana anterior, sobre rede de apoio. A participante Andreia conduziu um exercício de relaxamento para o grupo, e, na sequência, foi iniciada a discussão sobre o tema sexualidade no pós-parto.

A coordenadora do grupo iniciou contando sobre a sua experiência em relação à sexualidade durante o pós-parto e, na sequência, solicitou que as gestantes contassem como está a sexualidade do casal durante a gestação e as expectativas para o pós-parto. O material utilizado durante o encontro consta no apêndice H.

Algumas gestantes relataram que muitas vezes, seus parceiros têm receio de machucar o bebê durante a relação, e que por isso, a atividade sexual durante a gestação diminuiu. A gestante Rosa pontuou: “Ele tá com medo de machucar o bebê, mas eu já falei, não tem nem como, né, dessa possibilidade, e ele fica meio ressabiado”.

Conforme apontado por Barbosa *et al.* (2011), é comum o mito de que ter relações sexuais durante a relação podem causar aborto e/ou machucar o bebê. Por isso, é importante assistir as gestantes durante esse período, no sentido de quebrar tais tabus.

Sobre o nível de libido, algumas das gestantes afirmaram que houve diminuição, principalmente em decorrência do mal-estar, cansaço e inchaço. Conforme apontado por Barbosa *et al.* (2011), o casal passa por adaptações físicas, emocionais, existenciais e sexuais. Estudos apontam que é comum que as gestantes, especialmente no primeiro trimestre, percam

parcialmente ou totalmente o desejo sexual devido aos sintomas físicos da gestação. Além disso, as mudanças associadas à inserção de um terceiro elemento na relação do casal podem acarretar a diminuição do interesse e atividade sexual.

Outras, afirmaram que houve oscilação no nível de libido. A baixa autoestima também foi citada como razão para diminuição do desejo sexual. Algumas gestantes afirmaram estarem se sentindo inchadas e menos atraentes. A gestante Lírio relatou: “A relação sexual em si não aconteceu mais, porque eu não tenho vontade, estou muito inchada, não me sinto atraente, nada disso, estou assim. parece que já sou 100% mãe, meio estranho esse negócio”.

Conforme apontado por, às alterações corporais sofridas durante a gestação podem impactar negativamente na autoimagem e autoestima da mulher, e, conseqüentemente, impactar negativamente na vida sexual do casal (Araújo *et al.*, 2012).

A psicóloga destacou que, durante a gestação, não tem um padrão ideal para a frequência da atividade sexual, pois existe uma grande variação de acordo com a dinâmica de cada casal.

Em relação ao período pós-parto, as gestantes afirmaram que imaginam que a frequência das relações reduz bastante, pois o bebê irá exigir muito do casal e a rotina tende a ser bastante cansativa. A coordenadora levantou que durante o pós-parto, é muito provável que a mulher não sinta desejo sexual, pois o corpo passará por muitas transformações, o nível de hormônios cairá de forma brusca e o bebê vai demandar toda a atenção do casal. Dessa forma, ao menos nos primeiros meses, a rotina será bastante cansativa e o centro das atenções será o bebê.

Estudos demonstram que a resposta sexual da mulher durante o puerpério pode ser prejudicada por diversos elementos, como o cansaço em função da rotina de cuidados com o bebê, o medo de ocorrer uma nova gestação, problemas de comunicação com o parceiro, baixo conhecimento acerca de seu próprio corpo e sexualidade, entre outros (Abuchaim; Silva, 2006).

Foi colocado, também, que aos poucos o corpo vai voltar ao estado anterior à gestação, e a tendência é que a autoestima também volte.

Uma das gestantes comentou sobre a dificuldade do parceiro de entender a diminuição da frequência sexual. A coordenadora enfatizou que a gestantes não devem sentir culpa por não desejarem manter relações sexuais nesse período, pois é esperado e normal. Disse que o ideal é que o casal converse bastante sobre o tema, a fim de que ambos fiquem cientes que a atividade sexual irá cair bastante no puerpério e para que o parceiro não intérprete isso como uma rejeição.

Além disso, foi discutido junto das gestantes que, o casal pode manter a relação viva e saudável de outras formas, compartilhando os cuidados com o bebê, através da comunicação, do apoio mútuo, do carinho, do respeito etc. É necessário que o casal busque, portanto, ressignificar a sexualidade.

Diante das modificações que ocorrem no período gestacional e puerperal, torna-se essencial a construção de diálogo e compreensão entre o casal, para que a adaptação a esse período de mudanças seja possível. É importante que o casal se perceba como marido e mulher nesse período de transição para a parentalidade, e invistam energia na preservação da intimidade do casal e do relacionamento afetivo (Siqueira; Melo; Moraes, 2019).

#### 4.1.8 Relato e Análise do Oitavo Encontro -Feminilidade e Maternidade - 13/05/2022

A coordenadora do grupo iniciou o encontro perguntando para as gestantes como elas passaram a semana. Na sequência, começou a discutir sobre o tema feminilidade e maternidade.

Com o objetivo de proporcionar maior troca entre as gestantes, não foi utilizado material de slides.

A coordenadora iniciou a discussão dizendo que, após o nascimento do bebê, é normal a mulher se perder em seu papel e que há uma cobrança da feminilidade que em geral vem do companheiro e provocou as gestantes para refletirem e falarem de como lidam com sua feminilidade.

As gestantes começaram a trazer sua relação com os cuidados, incluindo maquiagem, a vestimenta que gostam de usar, acessórios que elas acreditam que ajudam na feminilidade. Além disso, que o momento do banho é onde elas veem como um momento que elas podem se cuidar e ter para si. Rosa trouxe: “Quando eu vou tomar um banho eu fico, bastante assim, no banheiro que acho que é um tempo meu, ainda depois que eu tiver o bebê eu já vou saber que esse tempo eu vou, vai ser um pouco mais difícil”

Margarida traz sobre o que a faz se sentir feminina:” eu acho que eu gosto bastante de vestido, de saia, então acho que está vestida assim já me, já me faz sentir muito bem... um brinco, gosto né, ou um colar, assim eu gosto. Então acho que... é isso são, são acessórios, detalhes que fazem a diferença de ajudar na feminilidade”

Segundo Matos, Leal e Ribeiro (2000) o feminino e o materno coexistem ao longo do desenvolvimento de vida da mulher, contudo são distintos. O feminino é trazido na seguinte concepção: “investimento no próprio indivíduo, nomeadamente nos aspectos intelectual e profissional, na autoimagem, na sexualidade, no corpo, na gravidez etc.”. Já o materno: “Investimentos em outros indivíduos, no seu desenvolvimento e realização a nível físico, social, emocional e afetivo, intelectual etc.”. Nos relatos é possível notar que a feminilidade está voltada para si, refletida tanto em um tempo para si, quanto no cuidado pessoal, corroborando com o conceito acima apresentado do feminino. Sabe-se que a maternidade carrega consigo

transformações físicas e psicológicas, que podem afetar o equilíbrio de vida do indivíduo, influenciando negativamente nos aspectos dos femininos, dado que a mulher está com seu bebê real, o qual lhe exige cuidado integral (Silva, 2012).

A coordenadora disse que é normal a mulher se perder de si, pois o bebê exige muito, ainda mais no início e que algumas coisas simples, como ter a unha feita acabam ficando de lado e que a ideia de discutir o tema é para que elas saibam que quando acontecer isso, elas saibam que não são as únicas a vivenciarem essa experiência e que aos poucos elas irão resgatando a feminilidade.

A gestante que está em sua segunda gestação também contribuiu dizendo que a privação do sono, o cansaço são alguns dos motivos que acabam influenciando no cuidado da mulher.

A coordenadora disse que esse é um momento que irá passar, então que não precisam se cobrar e nem culpar a esse momento em que a feminilidade poderá ser deixada de lado. E que elas também podem contar com o companheiro para ajudar no cuidado do bebê para que assim, elas tenham um tempo para elas.

Por fim, a coordenadora encerrou o encontro e pediu que as gestantes enviassem no grupo do WhatsApp fotos das barrigas e falou do tema da próxima semana para elas pensarem e trazerem as dúvidas que possuem.

#### 4.1.9 Relato e Análise do Nono Encontro – Depressão e Baby blues - 20/05/2022

O encontro do dia 20 de maio de 2022 foi iniciado com o relato das gestantes a respeito de como havia sido a semana, no aspecto gestacional, familiar, emocional etc. Após o relato de cada uma das gestantes, a convidada especial Lisa Pena Bueno, Médica Psiquiatra pela Pax Instituto de Psiquiatria (Goiânia/GO) começou a discorrer sobre o tema do encontro, Depressão e Baby Blues.

A convidada abordou os fatores de risco para depressão, as particularidades da Depressão Pós-Parto e discorreu sobre os principais sintomas. Foi discutido, em conjunto com as gestantes, o uso de medicamentos para depressão durante a gestação e os tabus relacionados a essa prática.

Em seguida, foi abordado o tema Baby Blues e a convidada Lisa explicou que o Baby Blues é muito recorrente e, de início, muito similar a depressão, no entanto, não se estende por muito mais que 15 dias após o parto.

A gestante Jasmim, que já vivenciou uma gestação anterior, comentou: "Eu nem sabia o que era o baby blues [...] eu sempre falo para todo mundo que nos quinze primeiros dias eu

não ia aguentar não ia dar conta, eu só queria sumir, mas eu sobrevivi, deu tudo certo e... foi isso”.

O baby blues acomete de 50% a 80% das mães, nos primeiros dias após o parto, durando, em média, de 7 a 15 dias. Choro, ansiedade, cansaço, oscilação de humor, perda de interesse e insônia são alguns dos sintomas mais comuns. O tratamento do baby blues pode ser realizado com apoio emocional, o que confirma mais uma vez que a rede de apoio é um fator de proteção à maternidade, pois, o apoio emocional fornece encorajamento para que a mulher exerça seu papel materno (Campos; Féres-Carneiro, 2021).

A maioria das mulheres vivenciam o baby blues após o parto, e muitas delas desconhecem essa condição. Portanto, é de extrema importância apresentar o tema às gestantes, pois, caso vivenciem o baby blues após o parto, será possível identificá-lo.

Caso os sintomas citados acima permaneçam depois de 15 dias após o parto, é necessário se atentar para uma possível Depressão Pós-parto (DPP). Os sintomas podem incluir, também, culpa excessiva, sensação de inadequação, pensamentos suicidas e rejeição ao bebê (Campos; Féres-Carneiro, 2021)

A Depressão Pós-parto (DPP) está ligada a fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos. A DPP se apresenta com os mesmos sintomas, etiologia, evolução e prevalência dos episódios depressivos que ocorrem em outros momentos da vida. No entanto, existem alguns sintomas específicos da DPP: oscilações de humor, preocupação com o bem-estar do bebê e com seu desempenho no exercício materno, medo de machucar o bebê, pensamentos obsessivos, dificuldade em vincular-se ao bebê e redução do desejo sexual pelo parceiro (Fonseca; Canavarro, 2017).

Foi apresentado às gestantes, também, a escala EPDS (Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo), um questionário autoaplicável simples com 10 itens que correspondem a sintomas de depressão. As gestantes foram orientadas a realizar a autoaplicação da escala durante a gestação, logo após o parto e 15 dias após o parto. A psiquiatra explicou que se a pontuação se mantivesse alta nesses períodos, sem redução gradual após os primeiros dias de puerpério, seria necessário buscar ajuda. A escala EPDS, que consta no anexo B, foi disponibilizada para as gestantes no grupo de WhatsApp.

A importância de realizar terapia também foi discutida durante o encontro. Intervenções psicossociais e psicoterapêuticas são valiosas ferramentas para a prevenção e tratamento da DPP, sendo ainda mais eficazes no caso de mulheres que apresentam fatores de risco para desenvolvimento de DPP. É preferível que essas intervenções sejam iniciadas ainda durante a gestação (Fonseca; Canavarro, 2017).

#### 4.1.10 Relato e Análise do Décimo Encontro - Amamentação - 27/05/2022

A psicóloga iniciou o encontro questionando como as gestantes passaram a semana e o que elas acharam do último encontro sobre Baby Blues.

Após, a participante Andreia conduziu um exercício de relaxamento para o grupo, e, na sequência, a coordenadora apresentou a convidada, Vanessa Vargas Bober, que é Terapeuta Ocupacional e falou sobre a amamentação às gestantes.

A convidada pediu para que as gestantes se apresentassem e colocassem seus medos e angústias acerca da amamentação. Após iniciou sua fala sobre o tema e projetou um powerpoint como apoio.

A convidada buscou esclarecer o que é esperado nas primeiras semanas após o nascimento do bebê, trouxe sobre as fases do leite materno: colostro, leite de transição e leite maduro. Falou sobre alguns mantras que as gestantes precisavam saber, como: não existe leite fraco.

Esclareceu sobre como ocorre a produção do leite materno; sobre a pega correta e como ela é importante para evitar machucados na mama; quanto o bebê mama nos primeiros dias de vida; como lidar com possíveis machucados; compartilhou dicas de como se preparar para amamentar.

As gestantes ficaram envolvidas com o tema e algumas perguntas que emergiram foram: se o tamanho do seio influenciava na amamentação, se o bico tinha influência; como produzir mais leite. Destacou-se nas interações das gestantes o medo de amamentar, expresso nos seguintes dizeres: Violeta trazes tenho medo de amamentar na verdade porque as pessoas falam tanto que machuca, que dói que... então eu confesso que eu tenho um receio, mas eu quero assim, porque é saudável... a orientação então é essa, mas confesso que tenho um medinho sim,.”

Rosa trouxe:” Eu estou de quase 29 semanas esperando o Murilo e quero muito amamentar, mas também tenho medo de não né... das dificuldades que todos falam, mas farei de tudo para conseguir”

Tulipa relatou que: “o meu único medo com relação a amamentação é a questão de pelo fato de eu ter seios muito pequenos e às vezes eu tenho a sensação de que talvez não tenha leite suficiente. Só isso”

O amamentar envolve diversos fatores, de ordem biológica, emocional, cultural, econômica e de saúde pública. Embora seja sabido que o leite materno é o alimento ideal para o bebê, sendo exclusivo nos primeiros seis meses de vida, os índices de amamentação são

baixos, sendo de 60,7% nos 30 dias iniciais e decaindo ao longo dos meses. A escolha pela amamentação sofre influência de experiências positivas de familiares e amigas, crenças e conhecimento sobre o processo de amamentação, bem como o suporte fornecido pela rede de apoio e profissionais da saúde (Capucho *et al.*, 2017).

Almeida *et al.* (2010), apontou que para as primíparas, se faz necessário o incentivo a amamentação e informar das dificuldades e possíveis complicações envolvidas nesse processo, uma vez que a experiência negativa incide na descontinuidade da amamentação. Além disso, por sofrerem influências socioemocionais, as informações de manejo técnico não são suficientes para que a mãe amamente, sendo necessária a interação e compreensão da realidade sociocultural da materna, e atitude empática dos profissionais da saúde na busca de viabilizar o aleitamento materno.

Outro ponto a ser considerado em relação a amamentação é sua contribuição para o vínculo mãe-bebê, tendo êxito, pode contribuir para uma vinculação sadia, através do estreitamento de laços afetivos, proporcionando uma experiência emocional positiva, a qual contribui para o desenvolvimento do bebê em se relacionar com seus afetos (Costa; Locatelli, 2008).

Após os esclarecimentos das dúvidas, a coordenadora do grupo agradeceu a participação da convidada e o encontro foi finalizado.

#### 4.1.11 Relato e Análise do Décimo Primeiro Encontro - Parto - 03/06/2022

A coordenadora do grupo apresentou a convidada do dia, Dra. Rosana Fontes, médica obstetra e ginecologista. Cada participante se apresentou para a convidada e logo começaram a fazer perguntas para a Dra. Rosana, referente às dúvidas em relação ao parto.

Dúvidas de diferentes temas surgiram e a convidada foi respondendo cada uma delas. Algumas dúvidas foram relacionadas a questões fisiológicas do parto.

Uma gestante perguntou se a ansiedade poderia antecipar o parto. A convidada respondeu que sim, visto que uma pessoa muito ansiosa libera mais adrenalina, que por sua vez estimula outros hormônios. No entanto, destacou que a ansiedade, isoladamente, não poderia provocar um parto prematuro.

Todas as gestantes, nas entrevistas individuais, manifestaram o desejo de ter o parto vaginal. Durante o encontro, a gestante Margarida disse: “Eu gostaria de ter o parto normal, mas eu não sei se eu vou dar conta, eu estou com um pouco de medo”.

A maioria delas, no entanto, relatou sentir medo do parto, principalmente por conta da dor. A convidada disse às gestantes que a dor do parto normal, não é como outra dor que elas já tenham experimentado, pois o corpo se prepara para sentir essa dor. Há hormônios que são liberados durante o trabalho de parto que reduzem o limiar da dor. Além disso, entre uma contração e outra, a mulher descansa, relaxa, conversa etc. Sendo assim, não é o tempo inteiro que a mulher sentirá dor. Portanto, pode ser uma experiência muito positiva desde que as gestantes estejam abertas a vivenciá-la.

Conforme Rodrigues e Siqueira (2008), a dor imaginada do parto vaginal pode ser tão assustadora, que algumas mulheres optam pelo parto cesárea sem indicação do ponto de vista obstétrico. A escuta e o apoio emocional antes e durante o trabalho de parto, são fatores que influenciam positivamente essa vivência.

A médica falou, também, da importância do plano de parto, pois é um documento que irá respaldá-las caso ocorra alguma violência. Além disso, ressaltou a importância de estudar a equipe médica e buscar, dentro do possível, uma equipe que ouvisse e respeitasse os desejos das gestantes.

Conforme Nascimento *et al.* (2015, p. 120), a mulher tem o “direito de participar das decisões sobre sua saúde e ações relacionadas ao seu próprio corpo, inclusive o tipo de parto ao qual será submetida”. Citou, mediante a uma dúvida, qual o momento certo de ir para o hospital. Disse às gestantes para que elas fiquem atentas a alguns sinais, pois, se apresentarem algum desses sinais, será necessário ir ao pronto socorro: sangramento, perda de líquido, contrações ritmadas e duradouras e se o bebê parar de mexer por mais de quatro horas.

Explicou, também, sobre as contrações de treinamento, destacando que cada gestante sente as contrações de treinamento de uma forma singular, e que algumas gestantes podem até mesmo não sentir. A diferença da contração de treinamento para as contrações do trabalho de parto é que ela não dura mais que um minuto e que não há ritmo entre as contrações.

Explicou, também, sobre o parto humanizado, que se fundamenta em três pilares essenciais: respeito à mulher, ação multiprofissional e menos intervenções. No parto humanizado, a equipe atende e respeita as necessidades específicas daquela mulher. Um estudo conduzido com 90 mulheres, após avaliação qualitativa, apontou que 21% tiveram parto humanizado, sendo que manifestaram o sentimento de gratidão, superação e de transformação (Benincasa; Navarro; Bettiol; Heleno, 2019b).

Posteriormente, as gestantes trouxeram um feedback muito positivo sobre o encontro, afirmando que foi possível sanar muitas dúvidas e que isso trouxe mais segurança para o momento do parto.

#### 4.1.12 Relato e Análise do Décimo Segundo Encontro - Encerramento - 10/06/2022

No encontro de encerramento, a Coordenadora iniciou perguntando para as gestantes, como foi participar do grupo, quais as percepções que tinham, o que gostaram e o que poderia ser melhorado.

Uma a uma das gestantes foram se manifestando, todas trouxeram como foi participar do grupo, os temas que mais gostaram, não foi apontado melhorias para o grupo.

As gestantes manifestaram em suas falas, a contribuição do grupo, nas falas compartilhadas, temos: gestante que trouxe que o grupo se aproximou da realidade; a possibilidade pensar e refletir sobre a rede de apoio; a contribuição das palestrantes em discutir temas relevantes e esclarecerem dúvidas. Disseram que o grupo fará falta e que já fazia parte da rotina delas. Margarida expressou:” me abriu um olhar para muitas outras coisas desse momento que a primeira gestação, então e foi bem no comecinho da minha gestação quando eu iniciei aqui e aí...foi bom porque aí eu posso ir em busca para me aprofundar de mais informações, conversar com outras pessoas, com outros profissionais... é preparar para o que está por vir né, [...] gostei de todos os encontros, acho que foi muito bom, foi esclarecedor, foi ampliador”

Violeta trouxe:” Eu já to pensando aqui “que eu vou fazer sexta que vem” .... não vai mais ter o curso, é... eu achei fantástico, é... ajudou muito a diminuir a ansiedade porque a gente fica né... pilhada e ajudou muito com isso, é... me ajudou muito com muitas dúvidas e medos que eu tinha.”

A partir dos relatos das gestantes, nota-se a contribuição do pré-natal psicológico (PNP) como um aliado na saúde psicoemocional das gestantes, visto que possibilita espaço de informação, interação e acolhimento de expectativas, ademais, oferece à gestante espaço para reflexão sobre seu novo papel parental (Benincasa; Romagnolo; Bettioli; Heleno, 2019c).

De acordo com o estudo realizado por Arrais *et al.* (2019), apresenta que gestantes que apresentam sintomatologia depressiva e ansiedade tendem a apresentar sintomas de Depressão Pós-Parto (DPP), se não expostas a intervenção psicológica na gestação. Os resultados expostos no estudo apoiam a concepção de que o PNP contribui para a prevenção do adoecimento psíquico e protetivo para a DPP, posto que as gestantes que passaram pelo grupo interventivo apresentaram somente 10,64% de risco à DPP, contra 44,83% às gestantes que não tiveram suporte psicológico pelo PNP. Ao final, as estagiárias e a coordenadora falaram e agradeceram a oportunidade de realizar o grupo com as gestantes e de todo aprendizado envolvido.

## 4.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA NO PÓS-PARTO

**Tabela 2** – Sociodemográfico Pré

Nome	Tulipa	Margarida	Lírio	Íris	Violeta	Jasmim	Rosa	Azaleia
<b>Idade</b>	23	40	32	25	30	32	30	X
<b>Cidade   Estado</b>	Salvador   BA	Taubaté   SP	Casimiro de Abreu   RJ	Betim   MG	São Paulo   SP	São Paulo   SP	Curitiba   PR	X
<b>Estado Civil</b>	União Estável	Casada	Casada	Casada	União Estável	União Estável	Casada	X
<b>Profissão</b>	Dona de Casa	Psicóloga	Dona de Casa	Passadora	Advogada	Instrumentador Cirúrgico	Desempregada	X
<b>Renda Familiar</b>	De 1 a 3 salários mínimos	Mais de 10 salários mínimos	De 1 a 3 salários mínimos	De 1 a 3 salários mínimos	De 3 a 5 salários mínimos	De 3 a 5 salários mínimos	De 1 a 3 salários mínimos	X
<b>Cor</b>	Preta	Branca	Parda	Branca	Parda	Branca	Branca	X
<b>Escolaridade</b>	Médio Completo	Doutorado	Médio Completo	Médio Completo	Pós-Graduada	Superior Incompleto	Superior Completo	X
<b>Primeira Gestação?</b>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	X
<b>Idade filho na data do questionário?</b>	01 ano	11 meses	11 meses	01 ano	10 meses	01 ano	10 meses	X

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

A tabela acima diz respeito aos dados sociodemográficos das participantes do grupo de PNI após 01 ano da realização dos encontros online. Nota-se que apesar da renda familiar não ter tido uma queda, Tulipa, Lírio e Rosa alteraram suas profissões, onde na data da entrevista se posicionam como: Dona de casa, dona de casa e desempregada respectivamente.

Apenas a Jasmim estava em sua segunda gestação, enquanto todas as outras eram primíparas, e a idade de seus filhos variavam entre 10 meses a 01 ano.

Durante a entrevista Violeta, Íris e Lírio comentaram sobre a dificuldade da amamentação, porém conseguiram manter a amamentação exclusiva até os 06 meses, e continuavam amamentando até a data, diferente de Rosa, que relatou que apesar dos esforços, não conseguiu manter a exclusividade, e com 01 mês teve que implementar com fórmula, o que gerou uma grande insatisfação. Já Jasmim, Margarida e Tulipa, não levantaram esse desconforto, trazendo que apesar do estranhamento a amamentação foi tranquila e muito prazerosa.

Sabemos que a interrupção prematura da amamentação pode acarretar prejuízos significativos à saúde do lactente, conforme ressaltado em estudos científicos. Essas consequências incluem um aumento do risco de infecções e desenvolvimento de alergias, bem como dificuldades na

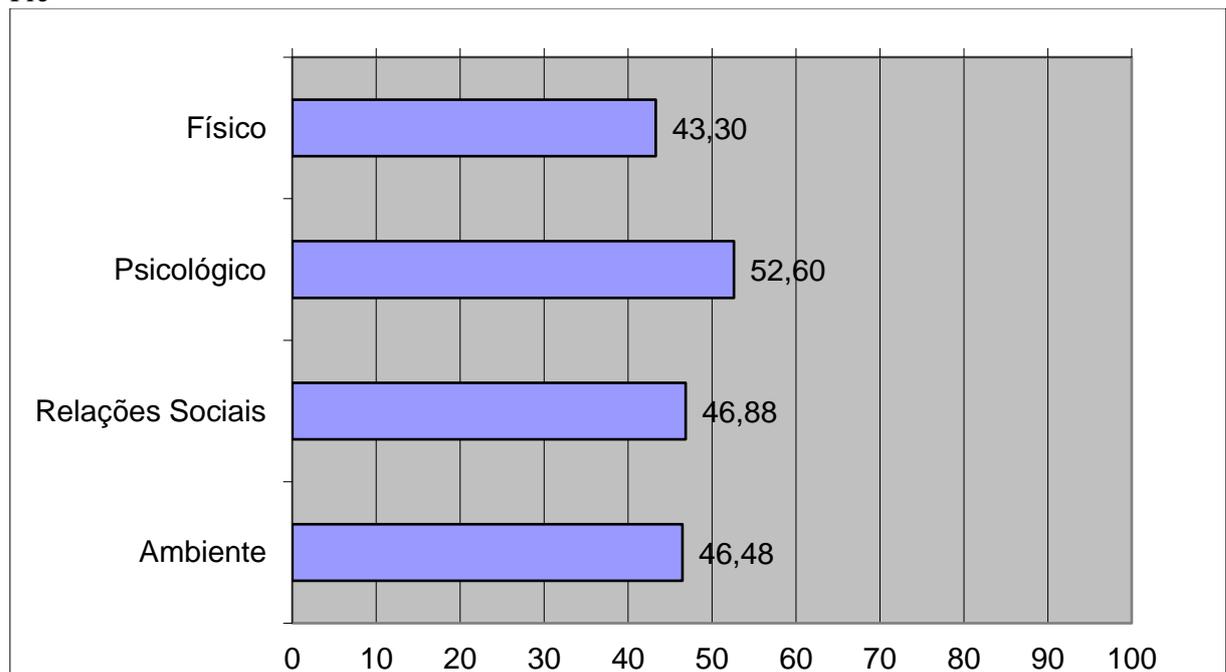
digestão e absorção de nutrientes essenciais. Além disso, a cessação precoce da amamentação pode afetar negativamente o sistema imunológico, assim como as funções de mastigação, deglutição, respiração, articulação dos sons da fala e o desenvolvimento motor-oral do bebê recém-nascido. É importante destacar que o aleitamento materno não só promove a saúde física, mas também a saúde mental e emocional tanto da criança quanto da mãe que amamenta. Ele é uma estratégia natural que fortalece os laços afetivos e proporciona proteção. O leite materno é um alimento que oferece um equilíbrio nutricional ideal e apresenta numerosas vantagens imunológicas cruciais que contribuem para a redução das taxas de mortalidade infantil. No entanto, estatísticas revelam que muitas famílias optam pelo desmame precoce e pela introdução de alimentos artificiais (César, 1993; Marques, Lopez; Braga, 2004; Nobre; Lessa, 2016).

Gestantes que participam de programas de educação em saúde demonstram um maior nível de conhecimento em relação ao aleitamento materno, o que se reflete em melhores taxas de amamentação exclusiva durante os primeiros seis meses de vida do bebê.

Esses resultados destacam a relevância da educação em saúde como um elemento crucial na promoção do aleitamento materno, alinhando-se com as diretrizes nacionais e internacionais recomendadas.

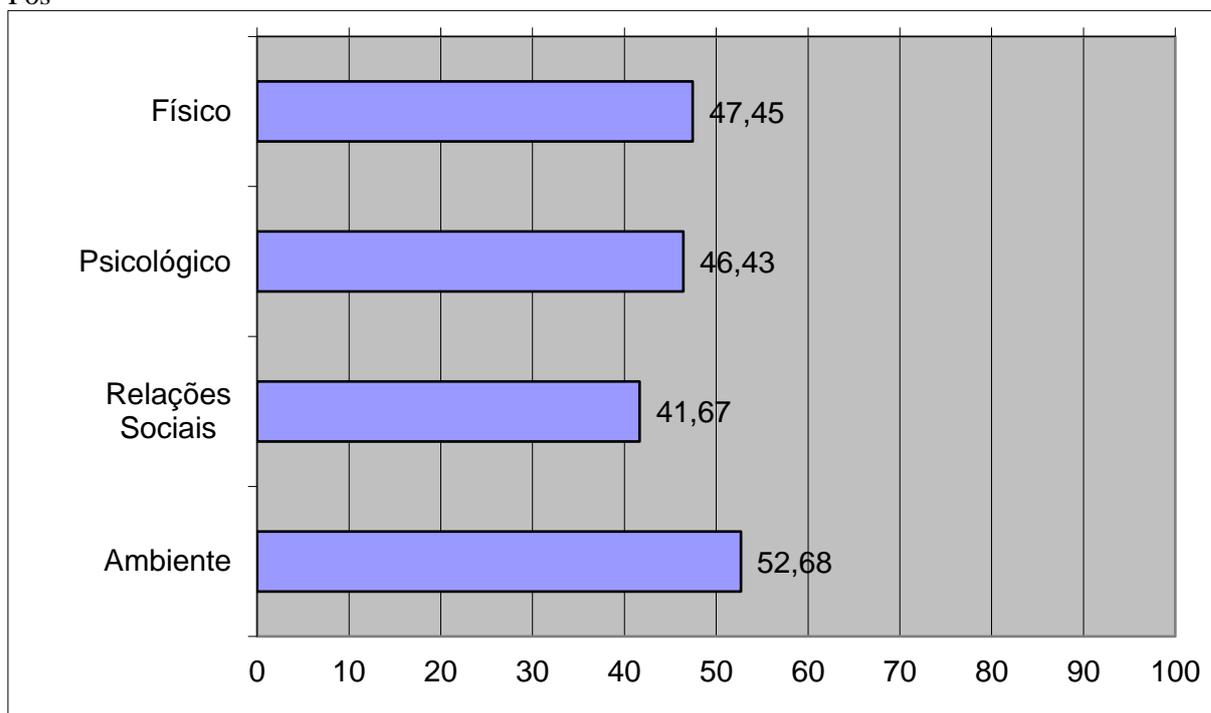
#### 4.3 RESULTADOS WHOQOL BREVE.

**Tabela 3** - Tabela para apresentação dos resultados de qualidade de vida do WHOQOL Breve Pré



**Fonte:** Elaborado pela autora (2022).

**Tabela 4** - Tabela para apresentação dos resultados de qualidade de vida do WHOQOL Breve Pós



**Fonte:** Elaborado pela autora (2023).

Durante o puerpério, as mães frequentemente enfrentam desafios físicos relacionados à recuperação pós-parto, mudanças hormonais e adaptação ao novo papel de cuidadora. A melhoria observada nos Aspectos Físicos (de 43,30 para 47,45) sugere que houve uma resposta positiva à recuperação física. No entanto, é fundamental considerar que cada mãe pode enfrentar esse processo de maneira única, e o suporte na gestão da fadiga, cuidados com a saúde e adaptação às mudanças corporais pode ser crucial.

A diminuição nos Aspectos Psicológicos (de 52,36 para 46,43) destaca a importância de abordar as questões emocionais durante o puerpério. O período pós-parto está associado a uma montanha-russa de emoções, incluindo ansiedade, tristeza e mudanças no humor. O suporte psicológico, como aconselhamento ou grupos de apoio, pode desempenhar um papel crucial no fortalecimento da saúde mental das mães, ajudando-as a lidar com as pressões emocionais associadas à maternidade.

A queda nas Relações Sociais (de 46,88 para 41,67) sugere que as mães no puerpério podem enfrentar desafios nas interações sociais. As mudanças no relacionamento com o parceiro, familiares e amigos podem ser complexas durante esse período. A criação de redes de apoio sólidas e a promoção de uma comunicação aberta podem ajudar as mães a enfrentar os desafios sociais, garantindo que se sintam apoiadas e compreendidas.

A melhoria nos Ambientes (de 46,48 para 52,68) indica uma adaptação positiva ao ambiente circundante durante o puerpério. Isso pode envolver a criação de um ambiente doméstico favorável, apoio prático na rotina diária e acesso a recursos necessários para o cuidado do recém-nascido. Garantir que as mães tenham um ambiente seguro, confortável e de apoio pode ter impactos positivos na sua adaptação ao novo papel de cuidadora.

Em resumo, a avaliação dos resultados do WHOQOL-Breve destaca a necessidade de um suporte holístico durante o puerpério. Isso inclui abordar tanto os aspectos físicos quanto os emocionais e sociais, reconhecendo a complexidade desse período de transição para as mães. Uma abordagem personalizada e sensível às necessidades individuais pode contribuir significativamente para o bem-estar global das mães durante o puerpério.

#### 4.4 RESULTADOS SRQ

**Tabela 5** - Informações das participantes - SRQ

NOME	Tulipa	Margarida	Lírio	Íris	Violeta	Jasmim	Rosa	Azaleia
TOTAL DE PONTOS	14	3	9	13	9	9	4	13

**Fonte:** Elaborado pela autora (2022).

A tabela 5 disponibiliza detalhadamente os resultados alcançados pelas gestantes que compõem o grupo participante do questionário SRQ. É importante salientar que, dentre as oito participantes, somente Margarida, uma psicóloga de profissão, e Rosa, destacam-se por apresentarem uma menor probabilidade de manifestarem transtornos mentais comuns. No entanto, os demais membros do grupo, cujas pontuações ultrapassam o limiar de sete, apontam para uma probabilidade mais elevada de enfrentar transtornos mentais comuns em seu cotidiano. Esse aspecto ressalta a necessidade de considerar a saúde mental das gestantes como um ponto crítico a ser monitorado e tratado com atenção especial durante essa fase tão crucial de suas vidas.

**Tabela 6** - Informações das participantes - SRQ

Nome	Tulipa	Margarida	Lírio	Íris	Violeta	Jasmin	Rosa	Azaléia
Total de Pontos	4	5	12	7	9	11	5	x

**Fonte:** Elaborado pela autora (2023).

Já na tabela 6 referentes ao período de um ano após o término do PNI online, percebe-se uma pequena melhoria na situação de algumas gestantes. Agora, três delas apresentam uma menor probabilidade de manifestar transtornos mentais comuns, em comparação com as duas da tabela 5. No entanto, é crucial destacar que ainda a maioria dos membros do grupo, cujas pontuações ultrapassam o limiar de sete, indica uma probabilidade mais elevada de enfrentar transtornos mentais comuns. Essa persistência da vulnerabilidade à saúde mental entre as gestantes reforça a necessidade de atenção contínua e suporte psicológico ao longo do período pós-gravidez.

Em resumo, os resultados das tabelas 5 e 6 demonstram que a saúde mental das gestantes é uma preocupação constante e que, embora haja uma pequena melhoria após o término do PNI online, a maioria das participantes ainda enfrenta riscos de transtornos mentais comuns. Portanto, é imperativo que os profissionais de saúde e os programas de suporte continuem a monitorar e tratar com atenção especial a saúde mental dessas mulheres ao longo dessa fase crucial de suas vidas, tanto durante a gravidez quanto no período pós-gravidez.

De acordo com diversas referências na literatura já citadas anteriormente nessa pesquisa, é amplamente esperado um aumento no sofrimento durante o período puerperal. No entanto, em contraste com essa expectativa, os resultados obtidos com as participantes do presente estudo revelam algo surpreendente: não foi identificado um aumento significativo no sofrimento. Pelo contrário, observou-se estabilidade ou até mesmo uma redução significativa, como no caso específico da participante Tulipa.

Diante desses achados, é plausível inferir que o rastreamento de transtornos mentais comuns demonstrou eficácia. Esta constatação sugere que as intervenções e suporte oferecidos durante o período pós-parto podem ter desempenhado um papel crucial na promoção da saúde mental das participantes. Esses resultados não apenas contribuem para o conhecimento atual sobre o assunto, mas também destacam a importância de estratégias de prevenção e intervenção no contexto puerperal.

#### 4.5 RESULTADOS ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO.

A Depressão Pós-Parto (DPP) constitui um transtorno psíquico que afeta uma proporção significativa de mulheres após o parto. Este transtorno pode exercer um impacto adverso na saúde materna e infantil, repercutindo negativamente no estabelecimento do vínculo mãe-filho, no desenvolvimento emocional da criança e na qualidade de vida da família. Tais evidências enfatizam a importância da identificação e intervenção adequada da DPP no contexto nacional,

visando a minimização de suas repercussões na saúde mental das mulheres e suas famílias (APA, 2013; Guimarães; Rocha; Azevedo, 2020; Lima; Abuchaim; Souza, 2021).

A ferramenta de triagem mais amplamente empregada na avaliação da DPP é conhecida como "Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo" (EPDS). Esta escala foi concebida com o propósito de detectar a presença de sintomas depressivos em puérperas. As 10 questões da escala abordam aspectos como tristeza, ansiedade, insônia, sentimento de culpa e desinteresse pelas atividades cotidianas. É relevante salientar que a EPDS não possui caráter diagnóstico, mas sim se destina a identificar a presença de sintomas que demandam atenção, podendo conduzir ao encaminhamento para avaliação e tratamento por um profissional de saúde mental (Cox; Holden; Sagovsky, 1987).

A facilidade de aplicação da Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS) é uma das suas principais vantagens, pois permite que a própria puérpera complete o questionário em poucos minutos. A EPDS tem sido amplamente empregada em diversos países, incluindo o Brasil, como uma ferramenta de rastreamento destinada à detecção precoce de sintomas depressivos no período pós-parto. Vários estudos têm demonstrado a eficácia e confiabilidade desta escala na identificação de sintomas depressivos, auxiliando na identificação de mulheres que necessitam de suporte e cuidados adicionais durante esse período (Matthey *et al.*, 2006; Pereira; Lovisi; Lima, 2007; Santos *et al.*, 2019).

Em resumo, a EPDS é uma ferramenta importante e confiável para identificar sintomas depressivos em mulheres durante o período pós-parto. Sua aplicação fácil e eficácia comprovada a tornaram amplamente utilizada em diversos países, incluindo o Brasil, como meio de identificar e encaminhar mulheres que precisam de apoio e cuidados adicionais durante esse período (Matthey *et al.*, 2006; Pereira; Lovisi; Lima, 2007).

Em contrapartida, o "baby blues," que acomete cerca de 80% das mulheres e é ainda mais frequente que a DPP, carece de um instrumento validado para rastreamento ou diagnóstico, tornando a identificação desafiadora tanto para famílias quanto para profissionais de saúde (Iaconelli, 2005; Brasil, 2006).

Globalmente, a prevalência da depressão pós-parto varia de 10% a 20% das mulheres após o parto, mas pode ser ainda mais elevada em países de baixa e média renda, onde as barreiras de acesso aos cuidados de saúde e ao apoio social são mais acentuadas. Estudos indicam que a prevalência da depressão pós-parto é de 29% em mulheres que residem em áreas rurais, em comparação com 23% em áreas urbanas (Howard *et al.*, 2014; Nakku; Rathod; Kizza, 2016). A falta de um índice único de prevalência nos países subdesenvolvidos reflete a diversidade de suas realidades. No entanto, há evidências sugerindo que a prevalência da

depressão pós-parto pode ser ainda mais alta em países de baixa e média renda (Fisher *et al.*, 2019).

Uma revisão sistemática de 40 estudos realizados em países de baixa e média renda encontrou uma prevalência geral de 19,9% de depressão pós-parto nessas regiões (Fisher *et al.*, 2019). As mulheres em países subdesenvolvidos enfrentam fatores adicionais de risco para a depressão pós-parto, como a falta de suporte social, acesso limitado aos cuidados de saúde e às intervenções terapêuticas (Rahman *et al.*, 2019). Embora a prevalência da depressão pós-parto varie nos países subdesenvolvidos, as evidências sugerem que as taxas podem ser ainda maiores do que nos países desenvolvidos, enfatizando a necessidade de atenção e intervenção apropriadas para as mulheres nessas regiões (Fisher *et al.*, 2019).

No contexto brasileiro, os estudos apresentam taxas variadas. Uma revisão sistemática e meta-análise de 41 estudos realizados entre 1999 e 2020 encontrou uma prevalência geral de depressão pós-parto de 17,5% no Brasil. No entanto, essa prevalência variou consideravelmente entre as diferentes regiões do país, com os estados do Sul apresentando as taxas mais elevadas (Cunha *et al.*, 2021). Outros estudos recentes indicam taxas ainda mais elevadas, com cerca de 26% das mulheres apresentando sintomas de depressão pós-parto no primeiro mês após o parto (Pereira; Araújo, 2020), além de um estudo realizado em São Paulo que apontou uma prevalência de sintomas depressivos no pós-parto de 23,9% (Barbosa; Barros; Lima; Abuchaim; Souza, 2021). Em todo o mundo, estima-se que aproximadamente uma em cada sete mulheres possa desenvolver esse transtorno (CDCP, 2021). Um estudo realizado nos Estados Unidos em 2020 com mais de 6.000 mulheres sugere que a prevalência da depressão pós-parto pode ser ainda mais elevada do que se acreditava anteriormente, com uma prevalência de 28,7%, ressaltando a importância do reconhecimento e tratamento da DPP (Jarde *et al.*, 2020).

Em síntese, a depressão pós-parto é uma condição comum em todo o mundo, com a prevalência variando entre os países. No Brasil, com base nas pesquisas disponíveis, estima-se que a prevalência varie de 10% a 26%, destacando a necessidade de reconhecer e tratar a DPP no país (Pereira; Araújo, 2020; Guimarães; Rocha; Azevedo, 2020; Barbosa; Barros; Lima; Abuchaim; Souza, 2021; Cunha *et al.*, 2021). No presente estudo, a avaliação da EPDS revelou diferenças significativas nos resultados.

Entre as participantes do PNI online, observa-se uma notável diminuição desse índice, o qual se situa em 14%, um valor que se revela inferior ao sugerido pela literatura, especialmente ao se considerar contextos de países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos. Vale ressaltar que as participantes do PNI apresentaram um percentual maior de índices sem indicativo para depressão pós-parto (86.0%), o que corrobora a importância do suporte

emocional e do apoio profissional nesse contexto. Os dados podem ser confirmados conforme Tabela 4.

**Tabela 7** - Escala de Depressão Pós-Parto

**Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)**

<b>Participante</b>	<b>Resultado</b>	<b>Com indicativo</b>	<b>Sem indicativo</b>
Lírio	11		X
Rosa	7		X
Jasmin	11		X
Margarida	6		X
Tulipa	6		X
Íris	14	X	
Violeta	7		X

**Fonte:** Elaborado pela autora (2023).

A variação na duração e intensidade dos sintomas associados à depressão pós-parto revela uma diversidade de apresentações clínicas. Entre esses sintomas, comumente se observa um quadro caracterizado por sentimentos de melancolia, ansiedade, irritabilidade, bem como alterações nos padrões de sono e apetite, fadiga e dificuldade de concentração. Esses sintomas tipicamente emergem nos primeiros estágios pós-parto, perdurando ao longo de vários meses, a menos que a intervenção terapêutica adequada seja implementada. Por conseguinte, o diagnóstico da depressão pós-parto representa um desafio clínico, em razão da possível sobreposição de sintomas com experiências consideradas normativas no puerpério, a exemplo das flutuações no apetite, redução da energia e insônia (APA, 2013; Theme Filha *et al.*, 2016; NIMH, 2018; Liberato, 2020; MC, 2021).

Cumprir destacar que a depressão pós-parto deve ser cuidadosamente distinguida do fenômeno conhecido como "baby blues," um distúrbio de humor transitório e relativamente comum que aflige muitas mulheres após o parto. Os sintomas do "baby blues" envolvem irritabilidade, prontidão para o choro, ansiedade, insônia, fadiga e oscilações de humor. Normalmente, esses sintomas manifestam-se nos primeiros dias pós-parto e, de forma geral, resolvem-se espontaneamente dentro de um período que se estende até quinze dias. Por oposição, a depressão pós-parto se inscreve como uma condição mais severa e duradoura, caracterizada por sintomas que compreendem tristeza profunda, desinteresse por atividades previamente apreciadas, distúrbios no sono, modificações no apetite, fadiga, irritabilidade, sentimento de culpa, baixa autoestima e desinteresse pelo bebê. A depressão pós-parto pode fazer-se presente logo após o parto ou mesmo até um ano depois, mantendo-se por semanas ou

meses caso não seja submetida ao tratamento apropriado (Faisal-Cury; Menezes, 2012; Nunes; Phipps, 2013; ACOG, 2018; Liberato, 2020).

A diferenciação entre o "baby blues" e a depressão pós-parto repousa sobre a gravidade dos sintomas, a duração do quadro clínico e a interferência nos cuidados dispensados à mãe e ao bebê. O "baby blues" configura-se como uma resposta emocional comum e passageira ao parto, ao passo que a depressão pós-parto se configura como um transtorno clínico que exige a intervenção médica adequada para evitar potenciais complicações. Ainda que a depressão pós-parto apresente índices elevados de ocorrência, não é um diagnóstico costumeiramente associado ao período pós-parto, sendo desencadeada por diversos fatores de risco (Santos, 2001; Aliane; Mamede; Furtado, 2011; Arrais; Lordello; Cavados, 2015; Theme Filha *et al.*, 2016; MC, 2021).

Importa ressaltar que nem todas as mulheres que experimentam o "baby blues" evoluem para a depressão pós-parto. Contudo, é imperativo que as mulheres estejam atentas aos sintomas e busquem o aconselhamento de um profissional de saúde caso haja motivos de preocupação. O tratamento pode incluir a psicoterapia, o uso de medicamentos ou uma combinação dessas abordagens, com a escolha dependendo da gravidade dos sintomas e das necessidades individuais da mãe. Tais tratamentos têm se mostrado eficazes na recuperação da depressão pós-parto, contribuindo para a melhoria do relacionamento mãe-bebê e a redução do risco de problemas emocionais e comportamentais futuros na criança (Faisal-Cury; Menezes, 2012; APA, 2013; Arrais; Mourão; Fragalle, 2014; Theme Filha *et al.*, 2016; NIMH, 2018; Liberato, 2020; CDCP, 2021).

No tocante ao impacto clínico, a depressão pós-parto pode acarretar sérias repercussões na saúde mental e física da mãe, bem como no desenvolvimento e na saúde do bebê. Entre essas implicações, incluem-se as dificuldades no estabelecimento de um vínculo afetivo saudável com o bebê, que por sua vez podem desencadear problemas de vínculo e atrasos no desenvolvimento infantil. Além disso, a depressão pós-parto pode interferir na qualidade e duração do sono da mãe, em sua capacidade de autocuidado e na prestação de cuidados ao bebê, afetando ainda seu desempenho profissional (Meltzer-Brody, 2015; Field, 2017).

A DPP, além dos efeitos sobre a mãe, também repercute de maneira negativa na saúde do bebê. Bebês nascidos de mães com depressão pós-parto podem experimentar atrasos em seu desenvolvimento cognitivo, emocional e social, além de enfrentar um risco elevado de manifestação de problemas de comportamento e saúde mental na infância, tais como ansiedade e depressão (NIMH, 2018).

Em síntese, a depressão pós-parto pode impor um impacto duradouro e substancial na saúde e no bem-estar da mãe e do bebê, estendendo-se ao relacionamento conjugal, uma vez que a mãe pode enfrentar dificuldades em estabelecer uma conexão emocional satisfatória com seu parceiro, manifestando menor interesse em atividades compartilhadas e menor disposição para a intimidade sexual. Ademais, essa condição pode prejudicar o exercício da maternidade, suscitando sentimentos de incompetência e isolamento social.

Desse modo, a identificação e o tratamento da depressão pós-parto se apresentam como elementos de vital importância. É imperativo que as mulheres recebam o suporte e os cuidados necessários para prevenir e tratar essa condição, atuando na redução dos impactos adversos na saúde mental e física da mãe e do bebê (Faisal-Cury; Menezes, 2012; Arrais; Mourão; Fragalle, 2014; Theme Filha *et al.*, 2016; ACOG, 2018; Liberato, 2020; APA, 2022).

As causas da depressão pós-parto permanecem um campo em construção no âmbito da pesquisa, carecendo de um consenso pleno na literatura especializada. Todavia, os fatores de risco associados frequentemente compreendem aspectos da história pessoal ou familiar de depressão ou ansiedade, eventos estressantes na vida, dificuldades de relacionamento, escassez de apoio social e financeiro, complicações médicas durante ou após a gravidez, alterações hormonais, bem como fatores socioeconômicos e psicossociais (Santos, 2001; Lancaster *et al.*, 2010; Aliane; Mamede; Furtado, 2011; Figueira; Diniz; Silva Filho, 2011; Faisal-Cury; Menezes, 2012; Arrais; Mourão; Fragalle, 2014; Arrais; Lordello; Cavados, 2015; ACOG, 2018).

No que tange aos fatores protetores, destacam-se baixos níveis de estresse, estabilidade socioeconômica, autoestima positiva, religiosidade, planejamento da gestação, apoio de outras mulheres, detecção precoce da depressão, suporte social adequado, satisfação conjugal satisfatória, respaldo emocional do parceiro, apoio familiar, intervenção multidisciplinar e a realização do acompanhamento psicológico pré-natal (Jesse *et al.*, 2005; Bortoletti, 2007; Sousa; Prado; Piccinini, 2011; Arrais *et al.*, 2014; Arrais *et al.*, 2015).

Diante destas ponderações, mesmo que o índice em questão não tenha atingido significância estatística, podemos refletir sobre os índices de forma positiva, notando que estes se situaram abaixo da média apontada pela literatura. Além disso, quando consideramos que o suporte emocional desempenha um papel crucial na prevenção do quadro em análise, torna-se claro que o apoio e a compreensão emergem como elementos primordiais para que a mulher experimente uma sensação de acolhimento. Assim, podemos inferir que o suporte profissional se mostrou adequado, contribuindo para o fortalecimento da capacidade de adaptação e ajustamento por parte das participantes do grupo de PNI, permitindo-lhes sentir-se acolhidas

em seu papel materno, mitigando o desconforto, facilitando a comunicação no seio do casal e favorecendo a formação de um vínculo sólido com o bebê. Tais fatores capacitam os casais a enfrentar com êxito os desafios e exigências inerentes a este período, e possibilitam que a chegada do filho seja um evento positivo no âmbito familiar, em conformidade com as premissas da literatura.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo representa uma oportunidade substancial para o aprimoramento do conhecimento científico na esfera da saúde materno-infantil. Ao investigarmos a eficácia de um modelo inovador de cuidados pré-natais integralmente disponíveis online, aspiramos obter dados de alta relevância que possam traduzir-se em melhorias concretas na saúde mental tanto das mulheres grávidas quanto de seus filhos. Adicionalmente, nosso objetivo último é fornecer subsídios substanciais para a formulação de políticas de saúde e práticas clínicas mais eficazes, com o intuito de aprimorar a qualidade de vida das gestantes e puérperas em todo o território nacional.

Neste estudo, os resultados esperados revestem-se de extrema importância. A análise qualitativa das temáticas abordadas permitiu uma compreensão mais aprofundada dos aspectos que obtiveram maior ou menor sucesso entre as participantes da pesquisa. Esta análise possibilitará insights valiosos sobre a dinâmica das relações conjugais durante o ciclo gravídico-puerperal, a construção do vínculo mãe-bebê, o papel da maternidade no contexto familiar, os aspectos psicodinâmicos do puerpério, a vivência da sexualidade durante a gestação e o puerpério, a ocorrência de transtornos psíquicos no puerpério, as dimensões psicológicas do aleitamento materno e os diferentes modelos de assistência ao parto.

Os resultados obtidos poderão embasar a formulação de políticas de saúde e práticas clínicas mais eficazes, fomentando melhorias concretas na qualidade de vida das gestantes e puérperas em todo o Brasil. Caso o modelo de cuidados pré-natais integralmente disponíveis online se revele eficaz, ele poderá contribuir significativamente para a promoção da saúde mental dessas mulheres e de seus filhos, bem como viabilizar a identificação e o tratamento precoce de problemas que afetam essa população.

Deste modo, este estudo almeja impactar positivamente a prestação de assistência à saúde, assegurando a disseminação e acessibilidade generalizada de abordagens baseadas em evidências, especialmente para aquelas que enfrentam desafios em termos de acesso aos serviços de saúde.

Este projeto de pesquisa, ao abordar a temática da saúde materno-infantil, revela-se fundamental em um cenário em que as demandas nessa área são complexas e multifacetadas. A saúde das gestantes e puérperas é um aspecto crucial da saúde pública, uma vez que impacta diretamente a qualidade de vida das mulheres e a saúde de seus bebês. A abordagem inovadora de cuidados pré-natais oferecidos online abre portas para uma maior acessibilidade e conveniência, especialmente em um contexto global onde as tecnologias digitais desempenham

um papel cada vez mais importante na prestação de serviços de saúde. Este estudo não só contribuirá para a melhoria dos cuidados pré-natais, mas também para uma compreensão mais profunda das dinâmicas psicossociais e emocionais envolvidas no período gestacional e puerperal.

Além disso, a relevância deste estudo estende-se ao campo da pesquisa acadêmica, oferecendo uma oportunidade para aprofundar nossa compreensão sobre a eficácia de intervenções inovadoras na área da saúde materno-infantil. Os resultados obtidos poderão servir como base para pesquisas futuras e para o desenvolvimento de políticas públicas mais embasadas em evidências, bem como para aprimorar a formação de profissionais de saúde, capacitando-os a oferecer cuidados mais holísticos e sensíveis às necessidades psicológicas das gestantes e puérperas. Em última análise, este projeto tem o potencial de gerar impactos significativos tanto na prática clínica quanto na pesquisa científica, contribuindo para o avanço do conhecimento e o bem-estar das mulheres e crianças em nossa sociedade.

Este estudo contribuiu significativamente para a compreensão do tema em questão, fornecendo insights valiosos sobre a importância de PNI de forma online. No entanto, é importante reconhecer as limitações encontradas ao longo da pesquisa, que devem ser consideradas ao interpretar os resultados.

Uma das principais limitações deste estudo foi o tamanho reduzido da amostra. Embora tenhamos trabalhado com um grupo representativo, o número limitado de participantes pode limitar a generalização dos resultados para a população em geral. Portanto, é necessário cautela ao extrapolar as conclusões deste estudo para contextos mais amplos.

Além disso, reconhecemos a necessidade de estudos futuros que incorporem tanto abordagens quantitativas quanto qualitativas com um contingente populacional mais amplo. Esses estudos mais abrangentes permitirão uma validação mais robusta das inferências apresentadas neste trabalho, possibilitando a confirmação ou refutação das conclusões alcançadas aqui.

No desenvolvimento deste estudo, minha expectativa é que ele sirva como um catalisador para mudanças positivas no cuidado pré-natal, proporcionando uma base sólida para futuras pesquisas e práticas clínicas. Desejo que os dados coletados e as análises realizadas contribuam para a construção de um sistema de saúde mais inclusivo e acessível, especialmente para aquelas gestantes que enfrentam desafios significativos em acessar cuidados de qualidade. Espero que esta pesquisa inspire outros profissionais e pesquisadores a continuar explorando e desenvolvendo soluções inovadoras que melhorem a saúde materno-infantil, impactando positivamente a vida de muitas famílias. Em última instância, meu desejo é que este trabalho

deixe um legado duradouro na área da saúde materna, promovendo bem-estar e qualidade de vida para gestantes e seus filhos em todo o Brasil.

## 6 PRODUTO TÉCNICO

Para essa pesquisa apresentamos como produto técnico, uma tecnologia social, um eBook educativo destinado a psicólogas interessadas em implementar o Pré-Natal Integral de forma online. Diante da crescente demanda por serviços de saúde mental durante a gravidez e da ampliação da telemedicina, há uma necessidade de fornecer recursos práticos e abrangentes para profissionais que desejam oferecer suporte psicológico durante esse período crucial.

O objetivo principal deste produto técnico é desenvolver um guia completo que oriente psicólogas na implementação eficaz do Pré-Natal Integral online. Isso será realizado por meio da elaboração de conteúdo informativo sobre os princípios e benefícios do Pré-Natal Integral, além do desenvolvimento de estratégias e técnicas específicas para a prestação de serviços de apoio psicológico online durante a gestação.

A metodologia empregada será baseada em uma revisão abrangente da literatura acadêmica sobre psicologia perinatal, e práticas de saúde mental durante a gravidez. Diretrizes profissionais e evidências empíricas serão consultadas para embasar as recomendações e sugestões apresentadas no guia.

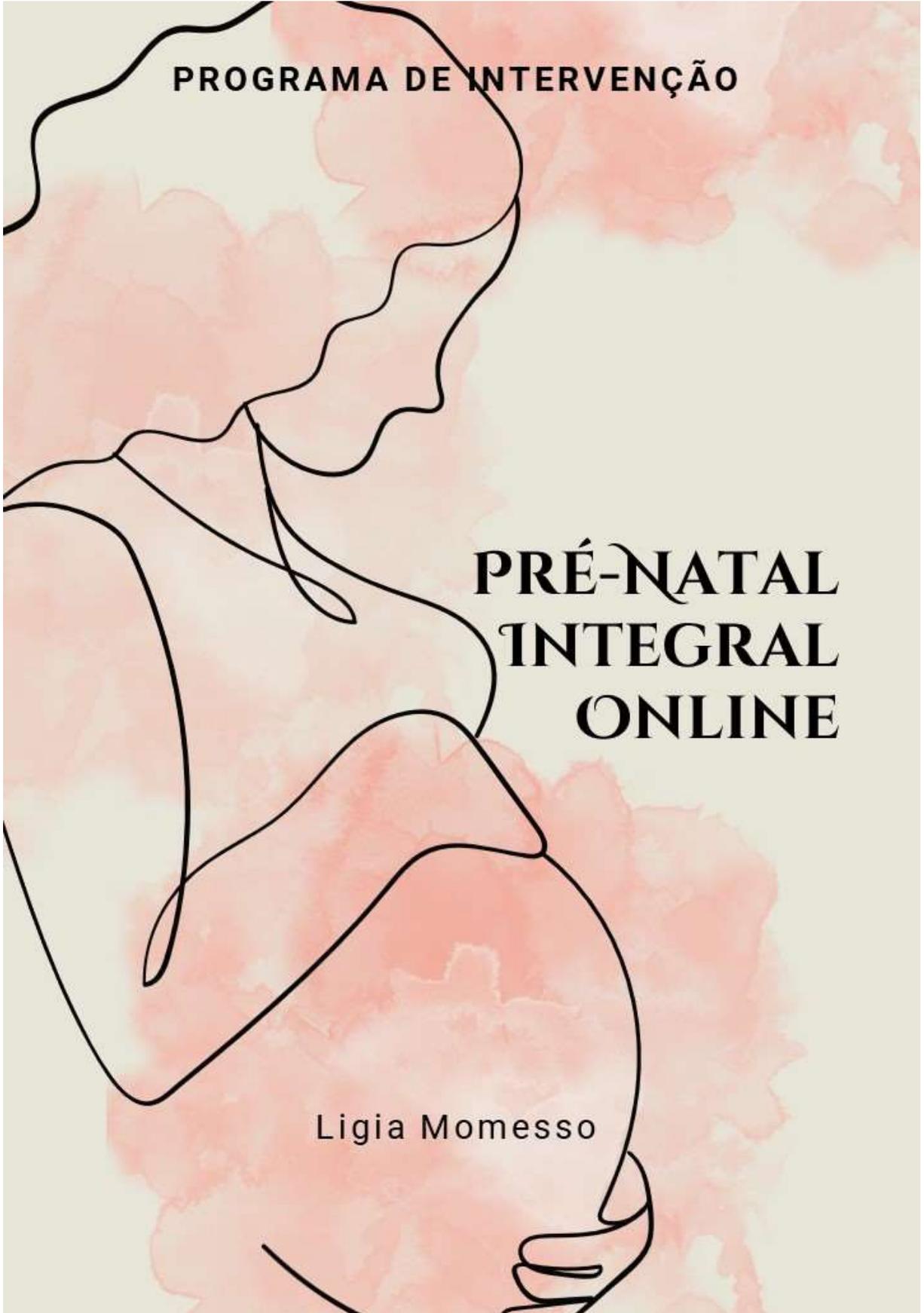
Espera-se que o ebook educativo resultante deste trabalho forneça às psicólogas uma compreensão sólida do Pré-Natal Integral e das técnicas eficazes para sua implementação online.

No contexto mais amplo, este trabalho contribuirá para o avanço do conhecimento na área da psicologia perinatal e para a melhoria do acesso a serviços de saúde mental durante a gravidez.

**PROGRAMA DE INTERVENÇÃO**

**PRÉ-NATAL  
INTEGRAL  
ONLINE**

Ligia Momesso



Aos Leitores,

A jornada da maternidade é uma das mais emocionantes na vida de uma mulher, repleta de emoções intensas como alegria, medo e insegurança. É um misto único de felicidade e apreensão, onde a alegria de trazer uma nova vida ao mundo se entrelaça com a incerteza de ser capaz de criar a criança da melhor maneira possível. Nesse processo, é comum que a mãe experimente uma transformação profunda, muitas vezes acompanhada pela sensação de perda da própria identidade e liberdade.

Anteriormente centrada em si mesma e no parceiro, a mulher se vê agora mergulhada em uma nova realidade, onde a prioridade se desloca para o filho. Essa mudança pode levar a uma sensação de perda de autonomia e até mesmo a um sentimento de luto pela liberdade que já foi vivida. No entanto, é essencial encontrar um equilíbrio entre as necessidades do filho e a preservação da identidade individual de cada membro da família.

No entanto, ao adotarem uma postura de aceitação do fluxo natural da vida e desfrutarem de cada etapa do desenvolvimento do filho, os pais podem evitar a anulação de suas identidades individuais. A maternidade, especialmente, oferece oportunidades para a mãe se colocar como complemento ao centro de sua família, ao mesmo tempo em que preserva sua própria essência.

### **Pré Natal Integral Online**

O período pré-natal representa uma fase delicada na jornada de qualquer gestante, sendo um momento de cuidado, preparação e aprendizado que impacta diretamente a saúde e o bem-estar tanto da mãe quanto do bebê. Neste e-book, iremos apresentar um guia completo para um pré-natal integral, baseado no inovador Programa de Intervenção PNI (Pré-Natal Integral), desenvolvido pela Dra. Miria Benincasa.

Este programa tem como objetivo oferecer suporte abrangente, desde a acolhida das expectativas elevadas em relação à maternidade até a orientação sobre os desafios da vinculação e amamentação.

O psicólogo desempenha um papel significativo nesse processo, participando ativamente de todas as sessões, em conjunto com uma equipe multidisciplinar composta por médicos obstetras, obstetrites, enfermeiras, doulas, fisioterapeutas, pediatras, entre outros profissionais. A presença do profissional não apenas enriquece as discussões, mas também integra aspectos psicológicos essenciais em cada etapa do pré-natal, garantindo uma abordagem holística que considera não apenas a saúde física, mas também o bem-estar emocional das gestantes.

O objetivo principal do PNI é oferecer também de forma online o suporte abrangente a essa gestante, contemplando desde o acolhimento das altas expectativas em relação à maternidade até a orientação sobre os desafios da vinculação e amamentação. Além disso, busca-se incentivar formas de vínculo com o bebê desde a gestação, fornecer informações

precisas sobre cuidados necessários tanto para o bebê quanto para a mãe durante o período pós-parto e promover reflexões sobre a adaptação aos novos papéis parentais. O modelo também visa aprimorar a comunicação entre casais, permitindo que cada um compartilhe suas expectativas e disponibilidades para este novo projeto de vida, enquanto auxilia na criação de uma rede de apoio eficaz a gestante.



## CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO DE PACIENTES

Como critério de inclusão, baseia-se na idade gestacional, sendo necessário que estejam entre a 12<sup>a</sup> e a 26<sup>a</sup> semana de gestação, estabelecido pela literatura (Sedgh et al.,2016), onde antes de 12 semanas as chances de perda gestacional ainda são elevadas, além de considerar que o grupo de acompanhamento terá a duração de 12 semanas. Dessa forma, as gestantes serão acompanhadas até atingirem as 38 semanas de gestação, momento em que a gravidez é considerada a termo, minimizando o risco de parto durante o período de realização do grupo.

Por outro lado, como critério de exclusão, determina-se que as participantes não apresentem diagnósticos de transtornos mentais moderados ou graves no momento da avaliação inicial.

A presença de tais diagnósticos classifica a gestação como alto risco, uma vez que os transtornos mentais contribuem um fator de risco para a depressão perinatal e já indicam um sofrimento psicológico que não está necessariamente relacionado a fatores externos (Arrais, Lordello, & Cavados, 2015). Portanto, incluir apenas participantes sem histórico prévio de diagnóstico psiquiátrico, considerando que este é o perfil da maioria da população, enquanto gestações de alto risco demandam uma atenção especializada.

### 1º Encontro - Apresentação do Grupo

Para iniciar o encontro apresente-se, forneça orientações necessárias e demonstre o cronograma de atividade as participantes, podendo ser por Power point. Solicite que cada participante se apresente utilizando de técnicas previamente planejadas, citamos como exemplo “Diga seu nome, cidade e quantas semanas você está”; durante essa dinâmica, as gestantes terão a oportunidade de se apresentar uma a uma.

Após as apresentações individuais, aborde o tema do Pré-Natal Integral, explicando seus objetivos e o funcionamento do processo.

Relate o tema do próximo encontro e peça para elas trazerem dúvidas sobre o assunto, finalize o encontro com uma música:

<https://www.youtube.com/watch?v=xezdXa5okuU>



## 2º Encontro - Vínculo Mãe e Bebê

Para o segundo encontro, proponha que o grupo assista ao vídeo disponível no Youtube:

<https://www.youtube.com/watch?v=T457UDaIeBU>.



O vídeo retrata o processo de vínculo entre uma mãe e a filha, explorando a jornada emocional em que elas passam. A trama narra a história de uma mulher e uma criança que se unem como mãe e filha, mostrando o crescimento da filha dentro da proteção materna, aprendendo sobre amor e confiança, até que ela se torna capaz de estabelecer seus próprios vínculos.

Posteriormente, apresente os slides abordando a **Construção da Maternidade**, destacando as principais transformações que ocorrem nesse processo, tais como transformações corporais, psicológicas, conjugais e para a própria mulher.

Após essa apresentação, discuta o tema "Idealização do bebê", explorando, imaginando e incluindo escolhas antecipadas de nomes e características de personalidade, como semelhanças com a mãe ou o pai.

Abra um momento para que as gestantes que se sentem confortáveis compartilhem como é a relação delas com o bebê e quais expectativas têm em relação à maternidade.

Por fim, proponha uma atividade para as gestantes com o objetivo de fortalecer o vínculo entre mãe e bebê; criar um diário da gravidez onde elas possam registrar suas experiências em um papel, bloco de notas ou em qualquer outro lugar onde se sintam confortáveis, descrevendo como são as reações do bebê ao ouvir uma música, ao comer algo, ao conversar com o pai, entre outras experiências que movimentem o bebê de forma diferente e única.

Relate o tema do próximo encontro para que elas possam trazer dúvidas sobre o assunto, no **Anexo 1**, encontra-se um slide sugestão sobre a construção da maternidade, essa temática pode ser apresentada em formato de vídeo, apresentação, cartilha impressa etc.



### 3º Encontro - Relacionamento Conjugal

A qualidade das relações após o nascimento do primeiro filho atinge os casais e isso é fatídico, neste encontro será necessário abordar essa temática e atenuar as perspectivas explicando a diferença entre a **CONJUGALIDADE** e a **PARENTALIDADE**, bem como identificarem o engajamento do parceiro nos dois contextos, podendo então desenvolverem estratégias para lidarem com essa dinâmica na gestação e no puerpério.

Durante a gestação, estudos apontam um comum declínio na relação conjugal em termos de romance. Por outro lado, o companheirismo e parceria podem aumentar neste período de transição para a parentalidade (MENEZES; LOPES, 2007)

Apresente o seguinte vídeo as gestantes e inicie uma discussão sobre o tema.

Relate o tema do próximo encontro para que elas possam trazer dúvidas sobre o assunto, no **Anexo 2**, encontra-se um slide sugestão sobre o relacionamento conjugal, essa temática pode ser apresentada em formato de vídeo, apresentação, cartilha impressa etc.

<https://www.youtube.com/watch?v=JFjVxAbLdSE>



#### 4º Encontro - Preparação para o parto

Os encontros são planejados com o intuito de abordar os aspectos psicológicos e as questões práticas relacionadas ao momento do parto também, dessa forma, pode-se abrir espaço para a participação dos acompanhantes, uma vez que o parto costuma ser percebido como um processo exclusivo da mulher. A presença dos acompanhantes proporciona uma oportunidade para explicar qual é o papel deles durante o parto e o pós parto.

Leve em consideração que o momento do parto é uma fase emocionalmente delicada, imprevisível e repleta de expectativas e fantasias, mas também cheio de medos e inseguranças como o temor da dor, a dificuldade em reconhecer o início do trabalho de parto e a possibilidade de não buscar ajuda quando necessário.

Para evitar que seja uma experiência negativa para a mulher, recomenda-se que nesse encontro tenha a participação de um profissional especializado, como uma doula, Enfermeira obstétrica ou obstetra, para oferecer as informações adequadas e atualizadas oriente-a sobre os recursos que devem estar disponíveis para lidar com o processo.

Relate o tema do próximo encontro para que elas possam trazer dúvidas sobre o assunto, no **Anexo 3**, encontra-se uma sugestão sobre o plano de parto, essa temática pode ser apresentada em formato de vídeo, apresentação, cartilha impressa etc.



### **5º Encontro - Pós-parto e ansiedades próprias deste período**

Nesse encontro, tenha como objetivo reforçar a importância de apoiar as mulheres durante o puerpério, especialmente nos primeiros meses após o parto quando elas enfrentam uma série de desafios na realização de atividades diárias, bem como desenvolver estratégias de fortalecimento de resiliência e da capacidade de adaptação das mulheres durante esse período de transição.

Considerando as ansiedades, sentimentos, emoções e sensações, deve ser proposto um exercício de sensibilização.

Inicie com um momento de respiração, introspecção e conexão com os sentimentos sobre a gestação e o puerpério, podendo contar com apoio de músicas e os olhos fechados.

Em seguida, apresente a seguinte proposta: que cada gestante escreva uma carta para si mesma contendo quais sentimentos podem contribuir para os dias difíceis do puerpério, para que elas relembrem posteriormente quando esse dia chegar.

Além disso, desenvolver estratégias para fortalecer a resiliência e a capacidade de adaptação das mulheres durante esse período de transição.

Relate o tema do próximo encontro para que elas possam trazer dúvidas sobre o assunto, no **Anexo 4**, encontra-se um slide sugestão sobre ansiedade no pós parto, essa temática pode ser apresentada em formato de vídeo, apresentação, cartilha impressa etc, juntamente com técnicas de respiração.

## 6º Encontro - Rede de Apoio

Inicie apresentando o que uma rede de apoio, quais tipos de ajuda existem, como: afetiva/emocional, material e informacional, e apresente os benefícios da rede de apoio.

A partir dessa apresentação, sugira as participantes compartilhem quem elas consideram apoiá-las no período do pós-parto

Após o nascimento do bebê, os sentimentos de inutilidade, medo, preocupação, culpa, exaustão e euforia são frequentemente identificados, sendo assim, o puerpério é um período de vulnerabilidade para o aparecimento de crises, visto que a mulher enfrenta mudanças intensas(SILVA; KREBS, DA SILVA E BERLOTTO,2021). Por isso a importância do apoio de uma rede social, bem como as pessoas que possam dar a essa gestante um conforto emocional, assim como auxílio em suas novas atividades, voltadas ao materna.

Também se torna o momento de a gestante refletir sobre sua rede de apoio e as dificuldades que esperam em ter, como a interferência na dinâmica com o bebê. Nesse sentido, a psicóloga, contribui em compartilhar com elas a importância de conversar antes com a rede de apoio e delimitar quais ajudas querem, e assim, estabelecerem o limite da ajuda e para que a rede de apoio ofereça suporte naquilo que a mãe necessita no momento.

Relate o tema do próximo encontro para que elas possam trazer dúvidas sobre o assunto, no **Anexo 5**, encontra-se uma sugestão em formato de cartilha sobre rede de apoio, essa temática pode ser apresentada em formato de vídeo, apresentação,encartes etc.



## **7º Encontro - Sexualidade no pós-parto**

Quando abordamos a sexualidade durante a gestação e no pós-parto, considere uma variedade de fatores que influenciam essa experiência: Condição física da gestante, seu contexto psicológico e emocional, e a postura do parceiro.

Cada mulher vive sua própria experiência durante esses períodos, e é importante reconhecer que as necessidades e preocupações sexuais podem ser muito diversas, e mostrar a ela que cada mulher tem seu tempo e sua qualidade gera conforto pois nem todas as mulheres voltam a ter relações sexuais no segundo mês de pós parto e está tudo bem, são passos a serem seguidos; o profissional que acompanha a puérpera oferece orientações e apoio apropriado para o casal, o diálogo permite estabelecer limites claros e comunicar necessidades, medos e desejos de forma assertiva, isso é fundamental para que a mulher possa desfrutar de uma vida sexual satisfatória durante esse período de mudanças e adaptação.

Devemos entender que essa é uma temática ampla, que vai além do aspecto físico, e inclui a dinâmica conjugal e familiar como um todo, as modificações que ocorrem no período gestacional e puerperal, torna-se essencial a construção de diálogo e compreensão entre o casal, para que a adaptação a esse período de mudanças seja possível. Ao discutir esses sentimentos e diferentes cenários, as gestantes têm a oportunidade de compartilhar suas maneiras de lidar com diversas situações.

É importante que o casal se perceba como marido e mulher nesse período de transição para a parentalidade, e invistam energia na preservação da intimidade do casal e do relacionamento afetivo. (SIQUEIRA; MELO; MORAIS, 2019)

Para finalizar relate o tema do próximo encontro para que elas possam trazer dúvidas sobre o assunto, no **Anexo 6**, encontra-se um slide sugestão sobre a sexualidade no pós-parto, essa temática pode ser apresentada em formato de vídeo, apresentação, cartilha impressa etc.



### **8º Encontro - Feminilidade e Maternidade**

Inicie o encontro ressaltando a normalidade da mulher se sentir perdida em seu papel após o nascimento do bebê, reconhecer que a chegada de um filho traz consigo uma série de mudanças físicas, emocionais e práticas que podem desafiar a noção tradicional de feminilidade. Muitas vezes, essa pressão para se encaixar em um padrão pré-estabelecido de feminilidade é exacerbada pelos próprios parceiros ou pelas expectativas da sociedade.

Encoraje as gestantes a refletirem sobre como lidam com sua feminilidade nesse contexto e a compartilhem suas experiências, pois o sentimento de se perder de si mesmas em meio ao intenso cuidado exigido pelo bebê é comum e pode resultar na negligência de cuidados pessoais simples, como manter as unhas feitas ou dedicar tempo à aparência.

Aborde que essa sensação de perda de identidade e feminilidade é uma experiência compartilhada por muitas mulheres, especialmente nos estágios iniciais da maternidade. É fundamental garantir que as gestantes compreendam que não estão sozinhas nesse sentimento e que, gradualmente, encontrarão maneiras de reintegrar aspectos de sua feminilidade em suas vidas.

Além disso, é importante enfatizar que esse momento de incerteza e adaptação é passageiro e que não há necessidade de se culpar ou se cobrar excessivamente, que o apoio de seus parceiros para dividir as responsabilidades de cuidar do bebê, permitindo-lhes reservar um tempo para si mesmas.

Isso não só promove o bem-estar materno, mas também fortalece o vínculo familiar e ajuda na construção de uma parceria igualitária na criação dos filhos.

Relate o tema do próximo encontro para que elas possam trazer dúvidas sobre o assunto, no **Anexo 7**, encontra-se um slide sugestão sobre a feminilidade, essa temática pode ser apresentada em formato de vídeo, apresentação, cartilha impressa etc.



## 9º Encontro - Depressão e Baby blues

A proposta para esse encontro é de conscientizar a gestante sobre os processos psíquicos que acontecem principalmente com a mulher durante o puerpério, bem como aprenderem sobre a diferença dos transtornos psíquicos mais frequentes, a identificar os sintomas e sobre **QUANDO** e **ONDE** procurar ajuda caso identifiquem os sintomas.

Assim como o 4º encontro recomenda-se a participação de um profissional especializado, como uma psiquiatra, para oferecer as informações adequadas e atualizadas sobre o assunto.

Será o encontro que as gestantes poderão adquirir uma compreensão mais profunda dos sentimentos típicos experimentados durante o período pós-parto, assim como da importância da rede de apoio para auxiliá-las.

Enfatize a elas a necessidade de um ambiente seguro onde elas possam expressar seus sentimentos livremente, sem julgamentos, reconhecendo que sentimentos de tristeza após o parto não necessariamente refletem falta de amor pelo bebê, mas sim fazem parte dos intensos processos de adaptação psicológica que ocorrem nesse período.

Ao compreenderem melhor esses processos, as participantes serão capacitadas a reconhecer os fatores de risco e de proteção associados à tristeza materna e à depressão pós-parto. Elas aprenderão a identificar os sintomas desses distúrbios e a distinguir entre eles, bem como a saber quando e onde buscar ajuda, caso necessário



Neste momento pode-se aplicar a EPDS (Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo), um questionário autoaplicável simples com 10 itens que correspondem a sintomas de depressão, oriente-as e aproveite para evidenciar a importância de realizar terapia individual.

Intervenções psicossociais e psicoterapêuticas são valiosas ferramentas para a prevenção e tratamento da DPP, sendo ainda mais eficazes no caso de mulheres que apresentam fatores de risco para desenvolvimento de DPP. É preferível que essas intervenções sejam iniciadas ainda durante a gestação. (FONSECA; CANAVARRO, 2017).

Essa temática te dará a percepção de como está a saúde mental das gestantes, um indicador e a sua detecção precoce pode salvar uma gestante de evoluir para uma DPP.

Relate o tema do próximo encontro para que elas possam trazer dúvidas sobre o assunto, no **Anexo 8**, encontra-se a escala de EDPS como sugestão de teste a ser aplicado, essa temática pode ser apresentada em formato de vídeo, apresentação, cartilha impressa etc, assim como outras escalas podem ser utilizadas.



## 10º Encontro - Amamentação

Os encontros dedicados ao tema do aleitamento materno devem ser estruturados de forma diferenciada, incluindo a participação dos cônjuges e de uma profissional especializada, como uma doula, enfermeira obstétrica, ou pediatra consultora de amamentação com expertise em aleitamento materno. O objetivo desses encontros é fornecer orientações tanto sobre os aspectos psicológicos quanto sobre as questões práticas relacionadas à amamentação, é um novo papel na vida da mulher ser mães e nutrizes.

Optar por envolver os acompanhantes nesses encontros é importante, por mais que sejam percebidos como um momento exclusivo da mulher, o cônjuge auxilia como rede de apoio e as diversas formas práticas que ele pode oferecer para manter a mãe tranquila e confiante.

Outro ponto a ser considerado em relação a amamentação é sua contribuição para o vínculo mãe-bebê, tendo êxito, pode contribuir para uma vinculação sadia, através do estreitamento de laços afetivos, proporcionando uma experiência emocional positiva, a qual contribui para o desenvolvimento do bebê em se relacionar com seus afetos (COSTA e LOCATELLI, 2008).

Relate o tema do próximo encontro para que elas possam trazer dúvidas sobre o assunto.



O 11º e o 12º Encontro serão decididos por você profissional junto as participantes do grupo de forma que as temáticas agreguem as evolução dos encontros que foram realizados até aqui.

Podemos citar como exemplos, abordar sobre a expectativa do parto, a importância de ter uma pediatra de confiança acompanhando o seu bebê e até mesmo uma orientação de como fazer a malinha do bebê.

Você também pode separar um encontro para recolher feedbacks sobre essas semanas além de identificar pontualmente a demanda de cada gestante sendo possível sinais e sintomatologia depressiva e ansiedade, assim como outros possíveis diagnósticos que puderam ser vistos precocemente e tratar antes que haja um agravante.

Se torna uma forma de reforçar as gestantes que é possível uma gestação mais leve, um puerpério menos confuso e conflituoso.

Recordar assuntos abordados durante as 12 semanas também se torna relevante, reforça o vínculo, sana dúvidas e gira a engrenagem do auto conhecimento



A ferramenta do pré-natal integral, os encontros foram pensados e desenvolvidos com muito carinho e desejamos que seja aplicada com o mesmo sentimento de cuidar das gestantes em suas fases mais íntimas, mostrando que elas são importantes que o gestar é uma evolução tanto individual quanto do casal.

Ter a colaboração entre diferentes disciplinas permite uma visão mais completa e integrada dos cuidados pré-natais, garantindo um suporte abrangente e personalizado às gestantes, mulheres que se munem de informações, se beneficiam para um pós-parto mais leve e mais saudável.



## Anexo 1 : Construção da Maternidade



### CONSTRUÇÃO DA MATERNIDADE

Elementos importantes nesse processo:

- Transformações corporais: conforme acontece o crescimento da barriga, o corpo passa a evidenciar visualmente uma nova condição, despertando sentimentos de naturezas diversas.
- Transformações psicológicas: A gestação provoca maior sensibilidade emocional.
- Transformações conjugais: A espera do bebê altera a dinâmica do casal, podendo trazer satisfação, parceria mútua ou até mesmo conflitos.
- Tornar-se mãe: Na gestação, a mulher passa a reorganizar sua identidade e suas relações. Seus sentimentos voltam-se para o bebê e ela passa a se relacionar com ele. O processo de tornar-se mãe se inicia antes mesmo da gravidez, se intensifica durante a gestação e continua acontecendo depois do nascimento do bebê.



(PICCINI ET AL., 2008)

## IDEALIZAÇÃO DO BEBÊ

No psiquismo da mãe, se forma a ideia de ser mãe e uma imagem mental do bebê.

Processo de antecipação do nascimento do filho, gerando movimentos imaginativos, que se intensificam a partir do terceiro mês. Exemplos: Escolha do nome, preparação do enxoval, mudanças na casa, caracterização do bebê ("será calmo como o pai..."; "será mais apegado a mim").

A mãe se relaciona com seu bebê antes do seu nascimento, se relaciona com o "bebê imaginado".

Quando o bebê nasce, a imagem do bebê imaginado será mais ou menos confirmada, no entanto, são necessárias algumas reestruturações de acordo com as características do bebê real. Esse processo é essencial para a interação mãe-bebê.

(FERRARI ET AL., 2007)



## O VÍNCULO MÃE-BEBÊ





## TROCA DE EXPERIÊNCIAS

Como é a relação com o seu bebê?

Quais são suas expectativas para exercer a maternidade?

### LIÇÃO DE CASA: DIÁRIO DA GRAVIDEZ

Descobrir as singularidades do seu bebê



- Escolha um caderno ou bloco de anotações.
- Tome esse caderno por um diário, registrando as suas experiências e como o bebê reage a elas. Exemplos:
- Coloque para tocar uma música alegre, agitada. Em outro momento, coloque uma música calma. Como você sente que o bebê respondeu?
- Ao comer diferentes alimentos, doces ou salgados, o que você acha que seu bebê sentiu? Qual sente que ele gostou mais?
- Lembre-se dos momentos em que você sentiu seu bebê chutando. O que você estava fazendo nesse momento? Como estava se sentindo?

## Anexo 2 : Relacionamento Conjugal



### *Relacionamento conjugal na gestação*

- A gestação pode trazer maior satisfação e qualidade de vida ou mesmo causar um aumento de conflitos.
- Parentalidade: transição que gera estresse e exige adaptação.
- Fatores importantes para adaptação do casal à nova realidade: estabilidade do relacionamento, boa comunicação e maturidade do casal.
- A estabilidade na relação é um importante fator para a ocorrência e aceitação da gravidez planejada e não planejada.
- A parentalidade interfere na relação sexual, seja por conta da preocupação nos cuidados com o bebê ou por conta das mudanças corporais vividas pela mulher.



## Mães solo

- Uma observação importante: o casamento não é mais a única forma possível de constituição de família. Não é a presença de um companheiro que tornam as mulheres mães, mas sim os(as) próprios(a) filhos(as) o desejo de se tornar mãe.
- Mães-solo: exige recursos adaptativos intensos, vivência de estresse, sobrecarga de trabalho, problemas financeiros, sentimentos de solidão... Nesse sentido, a rede de apoio pode favorecer à adaptação da mulher.
- Vale lembrar que mesmo em relacionamentos conjugais, a ausência paterna e a sobrecarga de funções da mãe na gestação e na criação do bebê ainda pode ser uma realidade.

**ANEXO 3: PLANO DE PARTO****Plano de Parto**

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Nome do pai: \_\_\_\_\_

Nome do bebê: \_\_\_\_\_

Nome do Obstetra: \_\_\_\_\_

Nome da Psicóloga Obstétrica: \_\_\_\_\_

DPP: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**À Maternidade, Obstetra e Neonatologista,**

Estamos cientes e que o parto pode tomar diferentes rumos. Abaixo listamos nossas preferências em relação ao parto e nascimento do nosso filho, caso tudo transcorra bem. Sempre que os planos não puderem ser seguidos, gostaríamos de ser previamente avisados e consultados a respeito das alternativas.

**AS MINHAS PREFERÊNCIAS PARA O PARTO SÃO:****Durante a espera pelo parto normal:**

- Gostaria do parto normal independente da quantidade de horas que ele demore, desde que o bebê esteja bem;
- Gostaria de aguardar ao menos 41 semanas de gestação para indução do parto;
- Gostaria de tentar induzir o parto normal, caso haja necessidade de adiantar meu parto por motivos clínicos (p. ex. hipertensão, diabetes, restrição de crescimento, rotura prematura das membranas, entre outros);
- Gostaria de aguardar ao menos 72h com bolsa rota, fora de trabalho de parto, para depois induzir o parto caso não ocorra de forma espontânea;
- Gostaria de receber orientações de alívio adequado para a espera do parto normal caso tenha fase latente prolongada e não ser submetida a cesárea com alegação de não estar dilatando;
- Gostaria da manutenção da tentativa pelo parto normal caso meu bebê elimine mecônio durante o trabalho de parto, desde que ele esteja bem (não apresente padrões anômalos de frequência cardíaca fetal);
- Gostaria que minha decisão de rejeitar algum procedimento seja respeitada.

## Plano de Parto

### Trabalho de parto:

- Presença de meu marido e psicóloga obstétrica, visto que ambos são essenciais para o bom andamento do trabalho de parto.
- Sem tricotomia (raspagem dos pelos pubianos) e enema (lavagem intestinal).
- Liberdade para beber água e sucos enquanto seja tolerado.
- Liberdade para caminhar e escolher a posição que quero ficar.
- Liberdade para o uso ilimitado do chuveiro para o alívio das dores das contrações.
- Monitoramento fetal: quando for essencial, e não contínuo.
- Possibilidade de colocar música ambiente.
- Gostaria de reduzir ao mínimo o número de exames vaginais;
- Sobre o uso de Ocitocina ou qualquer medicamento para indução ou aceleração do trabalho de parto: Apenas se houver real necessidade médica, após me apresentarem todas as alternativas e em dosagens mínimas.

### Parto:

- Prefiro ficar de cócoras ou semi - sentada (costas apoiadas), ou na posição que eu achar mais confortável no momento.
- Não me mandem fazer força, inclusive, se eu estiver exagerando, lembrem-me de ter suavidade, para evitar a laceração; Não quero fazer força além do necessário.
- Gostaria de um ambiente especialmente calmo nesta hora.
- Gostaria que as luzes fossem apagadas (penumbra) e o ar condicionado desligado na hora do nascimento. Gostaria que meu bebê nascesse em ambiente calmo e silencioso.
- Gostaria de tocar a cabeça do meu bebê assim que ele coroar;
- Gostaria que o pai cortasse o cordão após o mesmo ter parado de pulsar .
- Não quero que fiquem tocando o meu períneo no período expulsivo;

### Sobre os métodos artificiais para alívio da dor:

- Gostaria de receber medicação para dor apenas se eu solicitá-la. Farei uso de analgésicos apenas em caso extremamente necessário. Ainda que decida por estas intervenções, gostaria que elas fossem usadas com parcimônia, para que eu não perca os movimentos das pernas ou a consciência do que está acontecendo e o poder de decisão.

## Plano de Parto

### Sobre os métodos naturais de alívio de dor:

- Gostaria de receber apenas métodos naturais para alívio da dor (massagens, bola, alongamento, agachamento, variações de posições, terapia frio/calor, caminhadas).

### Sobre a amniotomia:

- Não quero rompimento artificial da bolsa, a não ser por extrema necessidade verificada pela equipe obstétrica.

### Sobre a episiotomia:

- Não gostaria de episiotomia em hipótese alguma (e assino termo de responsabilidade).

### Sobre o fórceps:

- Não gostaria do fórceps de alívio em hipótese alguma (e assino termo de responsabilidade).

### Sobre a manobra de Kristeller:

- Não gostaria da manobra de Kristeller em hipótese alguma (e assino termo de responsabilidade).

### Após o parto:

- Aguardar a expulsão espontânea da placenta, sem manobras, tração ou massagens. Se possível, ter auxílio da amamentação.
- Ter o bebê comigo o tempo todo enquanto eu estiver na sala de parto, e quando for necessário levar para exames e avaliação, que meu esposo acompanhe tudo.
- Liberação para o apartamento o quanto antes com o bebê junto comigo (alojamento conjunto imediato). Quero estar ao seu lado nas primeiras horas de vida.

### Cuidados com o bebê:

- Administração de nitrato de prata ou antibióticos oftálmicos apenas se necessário e somente após o contato comigo nas primeiras horas de vida.
- Gostaria de poder iniciar o aleitamento materno tão cedo quanto possível;
- Gostaria de poder permanecer um tempo sozinha após o parto com meu bebê e meu marido, nesse momento do aleitamento;

### Plano de Parto

- Quero fazer a amamentação sob livre demanda e de forma exclusiva durante o período de internação;
- Em hipótese alguma, oferecer água glicosada, bicos (chupeta, chuquinha ou mamadeira), suplemento artificial ou qualquer outra coisa ao bebê sem necessidade e sem que eu seja previamente informada.
- Não dar banho no bebê nas primeiras 24h de vida.
- Eu quero dar o primeiro banho no meu bebê.

#### Caso a cesariana seja necessária:

- Exijo o início do trabalho de parto antes de se resolver pela cesárea.
- Quero a presença do meu marido e da psicóloga obstétrica no centro cirúrgico.
- Anestesia sem sedação em momento algum.
- Na hora do nascimento, gostaria que o campo fosse abaixado para que eu possa vê-lo nascer.
- Gostaria que as luzes e ruídos fossem reduzidos e o ar condicionado desligado.
- Gostaria que o pai cortasse o cordão após o mesmo ter parado de pulsar.
- Após o nascimento, gostaria que colocassem o bebê sobre meu peito e que minhas mãos estejam livres para segurá-lo.
- Gostaria de permanecer com o bebê no contato pele a pele enquanto estiver na sala de cirurgia sendo costurada.
- Também gostaria de amamentar o bebê e ter alojamento conjunto imediato.
- Tenho alergia ao medicamento \_\_\_\_\_.

Agradeço muito a equipe envolvida e a ajuda para tornar esse momento especial.  
Muito obrigada,

Cidade, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Mãe

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pai

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pediatra

## Anexo 4 : Ansiedade e pós parto

### PÓS-PARTO E ANSIEDADES PRÓPRIAS DESSE PERÍODO

Grupo de apoio à gestantes "Tornar-se Mãe"



☆ VAMOS TIRAR UM MOMENTO  
PARA RESPIRAR?



PUERPÉRIO: VOCÊ SABE O QUE É?  
 COMO VOCÊ ESPERA QUE SEJA APÓS O NASCIMENTO DO SEU BEBÊ?  
 VOCÊ TEM ALGUM MEDO/ANSIEDADE RELACIONADO AO PÓS-PARTO?



eee

\*

## PUERPÉRIO



eee

A mulher que se encontra no período puerperal passa pela formação de sua identidade materna, e, conseqüentemente, por uma mudança de papéis, que requer adaptação pessoal, emocional e social (SILVA; KREBS, 2021).

\*

## Rede de apoio à maternidade

O que é Rede de Apoio à Maternidade?

Pessoa(s) que oferece(m) ajuda à mãe, seja para cuidar do bebê, da casa ou da própria mãe.

Tipos de ajuda

- Afetiva/emocional: cuidar, proteger, apoiar emocionalmente;
- Material: quando a ajuda é concreta - estar presente, ajudar financeiramente, etc.;
- Informacional: quando a ajuda é para conseguir informações e conhecimentos.

Quem oferece ajuda precisa:

- Perceber se a mãe precisa de ajuda;
- Entender se é possível oferecer alguma ajuda;
- Pensar em qual tipo de ajuda será oferecida (afetiva, material, e/ou informacional).

Quem recebe ajuda precisa:

- Ter relações próximas, confiar essas pessoas e pedir ajuda.

Benefícios da Rede de Apoio à maternidade:

- O bem-estar físico e emocional da mãe;
- O vínculo mãe-bebê;
- A saúde da criança;
- A qualidade do relacionamento conjugal dos pais.



Quem pode fazer parte da Rede de Apoio da Mãe? O parceiro, os avós e avôs, os tios, os amigos, a escola e/ou creche, a babá ou outra cuidadora remunerada, o pediatra e outros profissionais de saúde, os grupos de apoio à maternidade, etc.

## Rede de apoio à maternidade

O que é Rede de Apoio à Maternidade?

Pessoa(s) que oferece(m) ajuda à mãe, seja para cuidar do bebê, da casa ou da própria mãe.

Como ajudar a mãe?

- Ajudar a cuidar da casa, do bebê e da alimentação dos dois;
- Cuidar da mãe ou do bebê caso um dos dois adoença;
- Cuidar do bebê no retorno da mãe ao trabalho; etc.

Quando se deve ajudar? É importante oferecer ajuda o mais rápido possível. Isso evita situações que causam estresse e sensação de fracasso na mãe.

É ruim "ajudar pouco"? Quando uma mãe tem poucas pessoas para ajudá-la, mesmo um pequeno auxílio pode ser muito positivo.



Qual o limite da ajuda?

É importante ouvir a mãe para que não se ofereça pouca ajuda, uma ajuda diferente do que a mãe precisa ou até mesmo que ela não quer naquele momento.

É importante oferecer ajuda, sem colocar condições em troca. Senão, mesmo precisando, a mãe pode negar a ajuda, o que a prejudicará.

Além disso, quando existem figuras femininas que ajudam a mãe com sua experiência, ela pode se espelhar nessas pessoas e desenvolver sua identidade materna mais facilmente.



## Paternidade Ativa

O que é Paternidade Ativa?

O pai precisa se relacionar afetivamente com seu filho e auxiliar nas tarefas que contribuem para seu desenvolvimento saudável.

Como se deve fazer?

- Ser carinhoso e afetuoso com o filho e a parceira;
- Compartilhar com a parceira as tarefas domésticas;
- Cuidar da criança (dar banho, trocar a fralda, fazer dormir, alimentar, levar ao médico, etc.);
- Ter atividades de lazer com a criança;
- Participar da vida escolar do filho;
- Falar e ouvir sobre seus medos e angústias relacionados à paternidade com colegas, familiares e/ou com a própria parceira.

## Amamentação

A amamentação é importante para:

- Ajudar no desenvolvimento do bebê e protegê-lo contra doenças (ex: problemas respiratórios e dentários);
- Auxiliar no desenvolvimento da boca e do maxilar do bebê;
- Auxiliar no desenvolvimento do vínculo mãe-bebê.

Como ajudar?

- Acalmar a mãe caso não exista muito leite no início da amamentação (é normal o leite demorar de 1a a 2 dias após o parto para chegar às mamas);
- Evitar comprar objetos (ex: mamadeiras e fórmulas) para não prejudicar a amamentação;
- Evitar falas como "o leite da mãe não é forte", "o leite sozinho não sustenta o bebê", pois não são falas verdadeiras. A mãe só deve alimentar o bebê de outra forma após pesquisa e com orientação médica;
- Cuidar de outros filhos e/ou auxiliar nos cuidados da casa para que a mãe esteja tranquila;
- Oferecer água e comida à mãe durante ou após a amamentação, pois ela gera sede e fome na mãe;
- Caso a mãe ainda tenha dúvidas a respeito ou dificuldades como lesões na mama é importante incentivá-la a buscar seu médico.

## Retorno da mãe ao trabalho

Principais angústias da mãe no retorno ao trabalho:

- A separação do bebê, medo de que cuidador do bebê não se dedique tanto quanto ela, medo de que o afastamento prejudique o vínculo com o bebê, medo de que o afastamento impacte negativamente na amamentação, menor tempo para realizar todas as tarefas, adaptação à rotina de trabalho, medo de perder o emprego etc.

Como ajudar?

- Ouvir e acolher a mãe sem julgamentos, entendendo as dificuldades da situação e seu sofrimento;
- Incentivar para que, se possível, a mãe possa negociar em seu trabalho condições que a ajudem nesse momento (menor carga-horária de trabalho, maior flexibilidade nos horários, local reservado para fazer a ordenha de leite materno, etc.);
- Cuidar do bebê para a mãe no horário do trabalho dela;
- Contribuir para que, sempre que possível, a mãe possa ver o bebê ao longo do dia (a través de fotos, vídeos ou até presencialmente em algum intervalo ou horário de almoço da mãe);
- Ajudar nas tarefas de casa para que a mãe possa ter mais tempo livre com o bebê quando eles estão juntos;
- Ajudar nas tarefas de casa ou nos cuidados com o bebê para que a mãe tenha tempo de realizar a ordenha do leite materno e continuar com a amamentação do bebê.

## Anexo 4 : Rede de Apoio

## Anexo 6: Sexualidade no Pós parto





Pausa para respirar...

## *Sexualidade na gestação e no pós- parto*

Sessão de trocas de experiências e percepções



O bebê tão esperado torna-se o centro das atenções de toda a família...

Ao menos até os dois anos de vida do bebê, o casal poderá focar todas suas energias no filho.

Diante de tantas mudanças, como será que fica o casal?

Conjugalidade --> Parentalidade:  
Transição em que o casal pode ficar vulnerável, pois um terceiro membro na relação exige reorganização e é um desafio.



Na gestação...

É comum a diminuição do interesse e da atividade sexual no período de gravidez.

No 3º trimestre de gravidez, essa diminuição está associada à:

- Medos relacionados à saúde da criança;
- O desconforto físico ligado à penetração;
- Sentimento de insatisfação com a imagem física.

No pós-parto...

A diminuição do interesse e da atividade sexual é ainda mais evidente.

Diminuição associada:  
Ao juste às mudanças de papéis sociais durante a transição para a parentalidade;  
Mudança de humor;  
Fadiga;  
Mudanças associadas ao nascimento do bebê;  
Amamentação.

Estudos apotam aumento/retorno a níveis mais elevados de atividade sexual a partir do segundo/terceiro mês de puerpério. No entanto exista grande variabilidade individual.



De fato, haverá mudanças marcantes na sexualidade do casal durante a gestação e principalmente após o parto.

Mas, como lidar com essas mudanças?

Tais mudanças não precisam ser necessariamente ruins, principalmente se buscarmos a ressignificação da sexualidade;

**ANEXO 7: ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO**

Nome:

Data:

Idade do bebê:

Considerando que teve um bebê há pouco tempo, gostaríamos de saber como se sente. Por favor, sublinhe a resposta que mais se aproxima dos seus sentimentos nos últimos 7 dias. Obrigada.

**Nos últimos 7 dias:**

1. Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas.

- ( ) Tanto como antes
- ( ) Menos do que antes
- ( ) Muito menos do que antes
- ( ) Nunca

2. Tenho tido esperança no futuro.

- ( ) Tanta como sempre tive
- ( ) Menos do que costumava ter
- ( ) Muito menos do que costumava ter
- ( ) Quase nenhuma

3. Tenho me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal.

- ( ) Sim, a maioria das vezes
- ( ) Sim, algumas vezes
- ( ) Raramente
- ( ) Não, nunca

4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo.

- ( ) Não, nunca
- ( ) Quase nunca
- ( ) Sim, por vezes
- ( ) Sim, muitas vezes

5. Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo.

- ( ) Sim, muitas vezes
- ( ) Sim, por vezes
- ( ) Não, raramente
- ( ) Não, nunca

- 6.** Tenho sentido que são coisas demais para mim.
- ( ) Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las
  - ( ) Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes
  - ( ) Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente
  - ( ) Não, resolvo-as tão bem como antes
- 7.** Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal.
- ( ) Sim, quase sempre
  - ( ) Sim, por vezes
  - ( ) Raramente
  - ( ) Não, nunca
- 8.** Tenho-me sentido triste ou muito infeliz.
- ( ) Sim, quase sempre
  - ( ) Sim, muitas vezes
  - ( ) Raramente
  - ( ) Não, nunca
- 9.** Tenho-me sentido tão infeliz que choro.
- ( ) Sim, quase sempre
  - ( ) Sim, muitas vezes
  - ( ) Só às vezes
  - ( ) Não, nunca
- 10.** Tive ideias de fazer mal a mim mesma.
- ( ) Sim, muitas vezes
  - ( ) Por vezes
  - ( ) Muito raramente
  - ( ) Nunca

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRAIS, A. R.; LORDELLO, S. R.; CAVADOS, G. C. F. O pré-natal psicológico como fator de proteção à depressão pós-parto. Prevenção e promoção em saúde mental: Fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção, p. 601-621, 2015.

BENINCASA, M., FREITAS, V.B., ROMAGNOLO, A.N.; JANUARIO, B.S.; HELENO, M.G.V. O pré-natal psicológico como um modelo de assistência durante a gestação. Rev. SBPH [online]., 22(1): 238-257. 2019.

BENINCASA, M.; ROMAGNOLO, A.N.; BETTIOL, N.L.S.; HELENO, M.G.V. (2019). Percepções de mulheres sobre o momento do parto e a assistência obstétrica recebida. Vol 05, N. 04 - Out. - Dez., 2019. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cadgendiv>.

BENINCASA, M.; ROMAGNOLO, A.N.; HELENO, M.G.V. (org). Maternidade, Parentalidade e Conjugalidade: novas perspectivas em psicologia perinatal. Curitiba: CRV, 2020.

BENINCASA, M; LAZARINI, N.; ANDRADE, C.J. Intervenção Psicológica Durante a Gestação: Revisão Sistemática da Literatura / Psychological Intervention During Pregnancy: A Systematic Review. ID on line. Revista de psicologia, [S.l.], v. 15, n. 56, p. 644-663, jul. 2021. ISSN 1981-1179. Disponível em:<<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3163>>. doi:<https://doi.org/10.14295/idonline.v15i56.3163>.

DA COSTA, Paulo José; SANTO LOCATELLI, Bárbara Moreira do Espírito. O processo de amamentação e suas implicações para a mãe e seu bebê. Mental, v. 6, n. 10, p. 85-102, 2008.

FONSECA, A.; Canavarro, M. C. Depressão Pós-Parto; Fatores de risco; Prevalência; Consequências; Diagnóstico; Prevenção e Tratamento. Artmed Panamericana Editora. 2017.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

KREBS, Vanine Arieta; DA SILVA, Marcela Rosa; BELLOTTO, Paula Cristina Barth. Síndrome de HELLP e mortalidade materna: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Revisão de Saúde*, v. 4, n. 2, pág. 6297-6311, 2021.

MENEZES, Clarissa Corrêa; LOPES, Rita de Cássia Sobreira. Relação conjugal na transição para a parentalidade: gestação até dezoito meses do bebê. *Pisco-os*, v. 12, p. 83-93, 2007.

NASCIMENTO, Raquel Ramos Pinto do et al. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. *Revista gaucha de enfermagem*, v. 36, p. 119-126, 2015.

SEDGH, Gilda et al. Incidência do aborto entre 1990 e 2014: níveis e tendências globais, regionais e sub-regionais. *The Lancet*, v. 10041, pág. 258-267, 2016.

SILVA, N. G. T. da.; Zveiter, M.; Almeida, L. P. de; Mouta, R. J. O.; Medina, E. T.; Pitombeira, P. de C. P. Emotional demands during pregnancy and its consequences in the delivery process. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 10, n. 9, p. e36810917884, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i9.17884. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17884>.

SIQUEIRA, Larissa Karla Rocha; MELO, Mônica Cecília Pimentel de; MORAIS, Ramon José Leal de. Pós-parto e sexualidade: perspectivas e ajustes maternos. *Rev. UFSM*, pág. [18]-[18], 2019.

## REFERÊNCIAS

- ABUCHAIM, E. S. V.; SILVA, I. A. Vivenciando la lactancia y la sexualidad en la maternidade: “dividiéndose entre ser madre y mujer”. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 5, n. 2, p. 220-228, 2006. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5079/3297>. Acesso em: 15 mar. 2023.
- ALIANE, P. P.; MAMEDE, M. V.; FURTADO, E. F. Revisão sistemática sobre fatores de risco associados à depressão pós-parto. **Revista Psicologia em Pesquisa**, v. 5, n. 2, 2011. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1982-12472011000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472011000200007). Acesso em: 11 fev. 2023.
- ALMEIDA, I. S.; RIBEIRO, I. B.; RODRIGUES, B. M. R. D.; COSTA, C. C. P.; FREITAS N. S.; BILLION, E. V. Amamentação para mães primíparas: perspectivas e intencionalidades do enfermeiro ao orientar. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 19-25, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v15i1.17139>. Acesso em: 15 mar. 2023.
- ALVARENGA, P.; DAZZANI, M. V. M.; ALFAYA, C. A. S.; LORDELO, E. R.; PICCININI, C. A. Relações entre a saúde mental da gestante e o apego materno-fetal. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 17, p. 477-484, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000300017>. Acesso em: 15 mar. 2023.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS - ACOG. **Sexual activity during pregnancy and after childbirth**. 2018. Disponível em: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/sexual-activity-during-pregnancy-and-after-childbirth>. Acesso em: 20 jul. 2023.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION – APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5™**. 5. ed. S. l.: American Psychiatric Association Publishing, Inc. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>. Acesso em: 14 mar. 2023.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION – APA. **Postpartum depression: causes, symptoms, risk factors , and tratment option**. 2022. Disponível em: <https://www.apa.org/topics/women-girls/postpartum-depression>. Acesso em: 12 abr. 2023.
- ARAÚJO, N. M.; SALIM, N. R.; GUALDA, D. M. R.; SILVA, L. C. F. P. Corpo e sexualidade na gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 552-558, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeuspp/a/FrQVr4g6Z9VCgL8zPgm3wzF/?format=pdf>. Acesso em: 15 mar. 2023.
- ARCANJO, F. C. N.; RIBEIRO, A. S.; TELES, T. G.; MACENA, R. H. M.; CARVALHO, F. H. C. Uso do misoprostol em substituição à curetagem uterina em gestações interrompidas precocemente. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, n. 6, p. 276-280, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032011000600003>. Acesso em: 15 mar. 2023.

ARIÉS, P. **A história social da família e da criança**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.

ARRAIS, A. R. **As configurações subjetivas da depressão pós-parto**: para além da padronização patologizante. 2005. 158 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2005.

ARRAIS, A. R.; AZEVEDO, K. R. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 19, n. 2, p. 269-276, 2006. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18819213>. Acesso em: 22 fev. 2023.

ARRAIS, A. R.; ARAUJO, T. C. C. F. Pré-natal psicológico: perspectivas para atuação do psicólogo em Saúde Materna no Brasil. **Revista SBPH**, v. 19, n. 1, p. 103-116, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v19n1/v19n1a07.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2024.

ARRAIS, A. R.; ARAUJO, T. C. C. F.; SCHIAVO, R. A. Fatores de risco e proteção associados à depressão pós-parto no pré-natal psicológico. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. 4, p. 770-781, 2018. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003342016>. Acesso em: 16 fev. 2023.

ARRAIS, A. R.; ARAUJO, T. C. C. F.; SCHIAVO, R. A. Depressão e ansiedade gestacionais relacionadas à depressão pós-parto e o papel preventivo do pré-natal psicológico. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 23-34, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.706>. Acesso em: 12 abr. 2023.

ARRAIS, A. R.; LORDELLO, S. R.; CAVADOS, G. C. F. O pré-natal psicológico como fator de proteção à depressão pós-parto. In: MURTA, S. G.; FRANÇA, C.; SANTOS, L. K. B.; POLEJACK, L. (Eds.). **Prevenção e promoção em saúde mental**: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção. Novo Hamburgo, RS: Sinopsys, 2015. p. 601-621.

ARRAIS, A. R.; CABRAL, D. S. R.; MARTINS, M. H. F. Grupo de pré-natal psicológico: avaliação de programa de intervenção junto a gestantes. **Encontro: Revista de Psicologia**, v. 15, n. 22, p. 53-76, 2012.

ARRAIS, A. R.; MOURÃO, M. A.; FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção a depressão pós-parto. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 1, p. 251-264. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100020>. Acesso em: 3 mar. 2023.

BALTAR, F.; BRUNET, I. Social research 2.0: virtual snowball sampling method using Facebook. **Pesquisa na Internet**, v. 22, n. 1, p. 57-74, 2012. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/10662241211199960/full/html>. Acesso em: 25 out. 2021.

BARBOSA, C. G. M.; BARROS, V. O.; LIMA, L. C. S. Prevalence and factors associated with postpartum depressive symptoms during the Covid-19 pandemic. **Journal of Affective Disorders**, v. 291, p. 58-63, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.04.017>. Acesso em 12 abr. 2023.

BARBOSA, B. N.; GONDIM, A. N. C.; PACHECO, J. S.; PITOMBEIRA H. C. S.; GOMES, L. F.; VIEIRA, L. F.; DAMASCENO, A. K. C. Sexualidade vivenciada na gestação:

conhecendo essa realidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 464-473, 2011. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/10407>. Acesso em: 10 nov 2022.

BENINCASA, M.; LAZARINI, N.; ANDRADE, C. J. Intervenção psicológica durante a gestação: revisão sistemática da literatura. **ID Online: Revista de Psicologia**, v. 15, n. 56, p. 644-663, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/idonline.v15i56.3163>. Acesso em: 2 set. 2023.

BENINCASA, M.; ROMAGNOLO, A. N.; HELENO, M. G. V. (Orgs.). **Maternidade, parentalidade e conjugalidade: novas perspectivas em psicologia perinatal**. Curitiba: CRV, 2020.

BENINCASA, M.; FREITAS, V. B.; ROMAGNOLO, A. N.; JANUARIO, B. S.; HELENO, M. G. V. O pré-natal psicológico como um modelo de assistência durante a gestação. **Revista SBPH [online]**, v. 22, n. 1, p. 238-257, 2019a. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v22n1/v22n1a13.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2023.

BENINCASA, M.; NAVARRO, A.; BETTIOL, N. L. S.; HELENO, M. G. V. Percepções de mulheres sobre o momento do parto e a assistência obstétrica recebida. **Cadernos de Gênero e Diversidade**, v. 5, n. 4, p. 63-88, 2019b. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/cgd.v5i4.29172>. Acesso em: 18 nov. 2022.

BENINCASA, M.; ROMAGNOLO, A. N.; BETTIOL, N. L. S.; HELENO, M. G. V. Percepções de mulheres sobre o momento do parto e a assistência obstétrica recebida. **Cadernos de Gênero e Diversidades**, v. 5, n. 4, p. 63-88, 2019c. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/cgd.v5i4.29172>. Acesso em: 22 jul. 2023.

BLEGER, J. **Temas em Psicologia: entrevista e grupos**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

BOCCOLINI, C. S.; CARVALHO, M. L.; OLIVEIRA, M. I. C. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n. 91, p. 1-16, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005971>. Acesso em: 15 mar. 2023.

BORSA, J. C.; DIAS, A. C. G. Relação mãe e bebê: as expectativas e vivências do puerpério. **Revista Perspectiva**, v. 28, n. 102, p. 39- 53. 2004.

BORTOLETTI, F. F. **Psicologia na prática obstétrica: uma abordagem interdisciplinar**. Barueri: Manole, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 162 p. (Manual Técnico, Série A. Normas e Manuais Técnicos Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/111uerpério111s/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/111uerpério111s/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf). Acesso em: 11 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Bebês e mães em todo o mundo sofrem efeitos da falta de investimentos em amamentação**. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Pesquisa de prevalência de aleitamento materno em municípios brasileiros**: situação do aleitamento materno em 227 municípios brasileiros. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_aleitamento\\_municipios\\_brasileiros.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_aleitamento_municipios_brasileiros.pdf). Acesso em: 22 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pre\\_natal\\_parceiro\\_profissionais\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_parceiro_profissionais_saude.pdf). Acesso em: 11 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida/ Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. 51 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf). Acesso em: 11 fev. 2023.

CAMPOS, A. L.; NASCIMENTO, C. F.; GRAZINI, J. D. E. T.; ASSIS, A. N.; VITOLO, M. R.; NOBREGA, F. J. Nutritional, psychological and social aspects of mothers of malnourished children. **Journal of Pediatric**, v. 71, n. 4, p. 214-8, 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.2223/jped.780>. Acesso em: 15 mar. 2023.

CAMPOS, P. A.; FÉRES-CARNEIRO, T. Sou mãe: e agora? Vivências do puerpério. **Psicologia USP**, v. 32, p. e200211, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e200211>. Acesso em: 15 mar. 2023.

CAPUCHO, L. B.; FORECHE, L.; LIMA, R. C. D.; MASSARONI, L.; PRIMO, C.C. Fatores que interferem na amamentação exclusiva. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 19, n. 1, p. 108-113, 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/sn1085828/Downloads/canhoque,+21.+\(108-113\).pdf](file:///C:/Users/sn1085828/Downloads/canhoque,+21.+(108-113).pdf). Acesso em: 12 abr. 2023.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - CDCP. Depression among women. **Reproductive Health**, 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/depression/index.htm>. Acesso em: 11 fev. 2023.

CÉSAR, J. A. Medindo o Impacto da promoção do aleitamento materno, em serviços de atenção primária à saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 2, p. 149-154, 1993. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000200005>. Acesso em: 12 abr. 2023.

COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **The British Journal of Psychiatry**, v. 150, p. 782-786, 1987. Disponível em: <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>. Acesso em: 11 abr. 2023.

CRANLEY, M. S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. **Nursing Research**, v. 30, n. 5, p. 282-284, 1981. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00006199-198109000-00008>. Acesso em: 27 mar. 2023.

CRUZ, M. M. Encantos e desencantos da maternidade. **Análise Psicológica**, v. 4, n. 8, p. 367-370, 1990. Disponível em: [https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2904/1/1990\\_4\\_367.pdf](https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2904/1/1990_4_367.pdf). Acesso em: 15 mar. 2023.

CUNHA, J. M.; FERREIRA, A. S.; MORAES, R. M.; DEL-BEN, C. M. Prevalence of postpartum depression in Brazil: a systematic review and meta-analysis. **BMC Psychiatry**, v. 21, n. 1, p. 1-13, 2021. (Não localizei este artigo)

DENNIS, C. L.; DOWSWELL, T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2, p. CD001134, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub3> . Acesso em: 3 mar. 2023.

DUNKEL-SCHETTER, C.; SAGRESTANO, L. M.; FELDMAN, P.; KILLINGSWORTH, C. Social support and pregnancy: a comprehensive review focusing on ethnicity and culture. In: PIERCE, G. R.; SARASON, B. R.; SARASON, I. G. (Eds.). **Handbook of social support and the family**. New York (NY): Plenum Press, 1996.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. A depressão pré-natal prediz fortemente a depressão pós-parto nos cuidados de saúde primários. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 34, n. 4, p. 446-450, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.01.003>. 12 abr. 2023.

FARIA, R. M. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4521-4530, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>. Acesso em: 22 fev. 2023.

FIELD, T. (2017). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. **Infant Behavior and Development**, v. 49, p. 133-142, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.08.008>. Acesso em: 5 fev. 2023.

FIGUEIRA, P. G.; DINIZ, L. M.; SILVA FILHO, H. C. Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 33, n. 2, p. 71-75, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082011005000009>. Acesso em: 12 abr. 2023.

FISHER, J.; MELLO, M. C.; PATEL, V.; RAHMAN, H.; TRAN, T.; HOLTON, S.; HOLMES, W. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 97, n. 10, p. 706-717, 2019. <https://doi.org/10.2471/BLT.11.091850>. Acesso em: 15 abr. 2023.

FONSECA, A.; CANAVARRO, M. C. **Depressão pós-parto**. p. 1-36, 2017. Disponível em: [https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/45085/1/Capitulo\\_Depressaoposparto\\_AFonseca.pdf](https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/45085/1/Capitulo_Depressaoposparto_AFonseca.pdf). Acesso em: 11 abr. 2023.

FREUD, S. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. GIARETTA, D. G.; FAGUNDEZ, F. Aspectos psicológicos do puerpério: uma revisão.

**Psicologia.pt**, p. 1-8, 2015. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0922.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2023.

GUIMARÃES, H. P.; ROCHA, B. B.; AZEVEDO, R. C. S. Depressão pós-parto: prevalência e fatores associados em uma amostra de puérperas no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 42, n. 11, p. 698-705, 2020.

HANDCOCK, M. S.; GILE, K. J. Comment: On the concept of snowball sampling. **Sociological Methodology**, v. 41, n. 1, p. 367-371, 2011. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1111/j.1467-9531.2011.01243.x>. Acesso em: 25 out. 2021.

HARDING, T. W.; ARANGO, V.; CLIMENT, C. E.; IBRAHIM, H. H. A.; LABRIDO-IGNACIO, L.; MURTHY, R. S.; WIG, N.N. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological Medicine**, v. 10, n. 2, p. 231-241, 1980. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/s0033291700043993>. Acesso em: 12 abr. 2023.

HOWARD, L. M.; MOLYNEAUX, E.; DENNIS, C. L.; ROCHAT, T.; STEIN, A.; MILGROM, J. Non- psychotic mental disorders in the perinatal period. **The Lancet Psychiatry**, v. 1, n. 4, p. 275-287, 2014. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61276-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61276-9). Acesso em: 15 abr. 2023.

IACONELLI, V. Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. **Pediatria Moderna**, v. 41, n. 4, p. 41-55. 2005. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1927.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2023.

JARDE, A.; MORAIS, M.; KINGSTON, D.; GIALLO, R.; MACQUEEN, G.; GIGLIA, L.; DENNIS, C. L. Prevalence and factors associated with depression and anxiety symptoms during the perinatal period among Canadian women: a cross-sectional study. **JAMA Network Open**, v. 3, n. 2, p. e200291-e200291, 2020. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.0291>. Acesso em: 5 mar. 2023.

JESSE, D. E.; WALCOTT-MCQUIGG, J.; MARIELLA, A.; SWANSON, M. S. Risks and protective factors associated with symptoms of depression in low-income African American and Caucasian women during pregnancy. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 50, n. 5, p. 405-410, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2005.05.001>. Acesso em 12 abr. 2023.

KESTENBERG, J. S. Regressão e reintegração na gravidez. In: BLUM, H. (Org). **Psicologia feminina: uma visão psicanalítica contemporânea**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

KLEIN, M.; RIVIÉRE, J. **Amor, ódio e reparação**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

KONRADT, C. E., SILVA, R. A.; JANSEN, K.; VIANNA, D. M.; QUEVEDO, L. A.; SOUZA, L. D. M.; OSES, J. P.; PINHEIRO, R. T. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. **Revista Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 33, n. 2, p. 76-79, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082011005000010>. Acesso em: 25 out. 2021.

LANCASTER, C. A.; GOLD, K. J.; FLYNN, H. A.; YOO, H.; MARCUS, S. M.; DAVIS, M. M. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 202, n. 1, p. 5-14, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.09.007>. Acesso em: 15 mar. 2023.

LANGER, M. **Maternidade e sexo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, Supl. 1, p. S5-S7, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/TfDWbFMJSGTBDGLBH5jrc5w/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 abr. 2023.

LIBERATO, V. H. P. **Depressão Perinatal e tipo de vinculação adulta da mulher**. Porto, PT: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2020.

LIMA, M. E. B.; ABUCHAIM, E. S. A.; SOUZA, G. Prevalência de depressão pós-parto em um hospital universitário de grande porte no Brasil: um estudo transversal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 43, n. 3, p. 142-150, 2021.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez**. Petrópolis: Vozes, 1991.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **British Journal of Psychiatry**, v. 148, p. 23-26, 1986. Disponível em: <https://doi.org/10.1192/bjp.148.1.23>. Acesso em: 12 br. 2023.

MARQUES, R. F. S. V.; LOPEZ, F. A.; BRAGA, J. A. P. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 2, p. 99-106, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000200005>. Acesso em: 15 mar. 2023.

MARTINS, C. A.; SIQUEIRA, K. M.; TYRRELL, M. A. R.; BARBOSA, M. A.; CARVALHO, S. M. S.; SANTOS, L. V. Dinâmica familiar em situação de nascimento e puerpério. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 1015-25, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v10.46778>. Acesso em: 11 fev. 2023.

MATOS, I.; LEAL, I.; RIBEIRO, J. L. P. Validação preliminar de uma técnica de avaliação de feminino/materno. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 1, n. 1, p. 69-77, 2000. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.12/1035>. Acesso em: 15 nov. 2022.

MATTHEY, S.; BARNETT, B.; KAVANAGH, D. J.; HOWIE, P. (2006). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. **Journal of Affective Disorders**, v. 101, n. 1-3, p. 91-98, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.10.003>. Acesso em: 12 abr. 2023.

MAUSHART, S. **A máscara da maternidade: por que fingimos que ser mãe não muda nada?** São Paulo: Melhoramentos, 2006.

MAYO CLINIC. **Postpartum depression**. S. l.: Mayo Clinic, 2021. Disponível em: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/postpartum-depression/symptoms-causes/syc-20376617>. Acesso em: 12 abr. 2023.

- MELCHIORI, L. E.; MAIA, A. C. B.; BREDARIOLLI, R. N.; ISHIKAWA, R. Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano. **Interação em Psicologia**, v. 13, n. 1, p. 13-23, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v13i1.9858>. Acesso em: 19 nov. 2022.
- MELTZER-BRODY, S. Heterogeneity of postpartum depression: A latent class analysis. **Lancet Psychiatry**, v. 2, n. 1, p. 59-67, 2015. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00055-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00055-8). Acesso em: 22 fev. 2023.
- MORAES, E. **Ser mulher na atualidade**: apresentação discursiva da identidade feminina. São Paulo: Scielo Books, 2012.
- MORAES, I. G. S. Prevalência da depressão pós-parto y fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 65-70, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000100011>. Acesso em: 15 mar. 2023.
- MORTENSEN, O.; TORSHEIM, T.; MELKEVIK, O.; THUEN, F. Adding a Baby to the Equation. Married and cohabiting women's relationship satisfaction in the transition to parenthood. **Family Process**, v. 51, n. 1, p. 122-139, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2012.01384.x>. 2012. Acesso em: 11 abr. 2023.
- NAKKU, J. E. M., RATHOD, S. D., KIZZA, D. et al. Prevalence and factors associated with depressive symptoms among postpartum mothers in rural Uganda. **BMC Psychiatry**, v. 16, p. 196, 2016.
- NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH - NIMH. **Postpartum depression facts**. 2018. Disponível em: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/postpartum-depression-facts/index.shtml>. Acesso em: 4 abr. 2023.
- NEGRON, R.; MARTIN, A.; ALMOG, M.; BALBIERZ, A.; HOWELL, E. A. Social support during the postpartum period: Mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. **Matern Child Health Journal**, v. 17, n. 4, p. 616-623, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1037-4>. Acesso em: 15 mar. 2023.
- NOBRE, L. N.; LESSA, A. C. Influence of breastfeeding in the first months of life on blood pressure levels of preschool children. **Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)**, v. 92, n. 6, p. 588-594, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2016.02.011>. Acesso em: 12 abr. 2023.
- NUNES, A. P.; PHIPPS, M. G. Postpartum depression in adolescent and adult mothers: Comparing prenatal risk factors and predictive models. **Maternal and Child Health Journal**, v. 17, p. 1071-1079, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1089-5>. Acesso em: 4 abr. 2023.
- OLIVEIRA, D. C. D. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 16, n. 4, p. 569-576, 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=395335577009>. Acesso em: 25 out. 2021.
- OLIVEIRA, J. F. B.; QUIRINO, G. S.; RODRIGUES, D. P. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. **Revista Rene**, 13, n. 1, p. 74-84, 2012. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3772> Acesso em: 3 mar. 2023.

OLIVEIRA, M. R.; DESSEN, M. A. Alterações na rede social de apoio durante a gestação e o nascimento de filhos. **Estudos de Psicologia**, v. 29, n. 1, 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=395335577009>. Acesso em: 11 abr. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. p. 1-8, 1996. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf?sequence=3](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3). Acesso em: 17 nov. 2022.

PACHECO, V. S. **A mulher e a maternidade**: um estudo exploratório. 2012. 21 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF, 2012.

PEREIRA, D. M.; ARAÚJO, L. M. B. Depressão pós-parto: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 8307-8319, 2020. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-086>. Acesso em: 23 abr. 2024.

PEREIRA, P. K.; LOVISI, G. M.; LIMA, L. A. Escalas de avaliação de sintomas de pós-parto: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, n. 10, p. 507-518, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032007001000007>. Acesso em: 12 abr. 2023.

PESSOTO, U. C.; RIBEIRO, E. A. W.; GUIMARÃES, R. B. O papel do Estado nas políticas públicas de saúde: um panorama sobre o debate do conceito de Estado e o caso brasileiro. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 9-22, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100001>. Acesso em: 8 mar. 2023.

PICCININI, C. A.; LOPES, R. S.; GOMES, A. G.; NARDI, T. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 1, p. 63-72, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000100008>. Acesso em: 4 abr. 2023.

PINTO, J. B. G. **Pesquisa-ação**: detalhamento de sua sequência metodológica. Recife: Mimeo, 1989.

RAPOPORT, A. **Da gestação ao primeiro ano de vida da do bebê**: apoio social e ingresso na creche. 2003. 226 f. Tese (Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/2456>. Acesso em: 22 fev. 2023.

RAPOPORT, A.; PICCININI, C. A. Apoio social e experiência da maternidade. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 16, n. 1, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v16n1/09.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2023.

QUEIROZ, O. L.; STERMER, P. R. R.; MOURA, D. S. C. Participação paterna na gestação, parto e puerpério: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 4, p. 39497-39508, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n4-420>. Acesso em: 12 abr. 2023.

RAHMAN, A.; SURKAN, P. J.; CAYETANO, C. E.; RWAGATARE, P.; DICKSON, K. E. Grand challenges: integrating maternal mental health into maternal and child health

programmes. **PLoS Medicine**, v. 16, n. 11, p. e1002962, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001442>. Acesso em: 15 mar. 2023.

ROBAKIS, T. K.; WILLIAMS, K. E.; CROWE, S.; KENNA, H.; GANNON, J.; RASGON, N. L. Optimistic outlook regarding maternity protects against depressive symptoms postpartum. **Archives of Women's Mental Health**, v. 18, n. 2, p. 197-208, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0446-3>. Acesso em: 15 mar. 2023.

RODRIGUES, A.V.; SIQUEIRA, A. A. F. Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 8, n. 2, p. 179-186, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292008000200005>. Acesso em: 15 mar. 2023.

ROMAGNOLO, A. N.; COSTA, A. O.; SOUZA, N. L.; SOMERA, V. C. O.; GOMES, M. B. A família como fator de risco e de proteção na gestação, parto e pós-parto. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 38, n. 2, p. 133-146, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5433/1679-0383.2017v38n2p133>. Acesso em: 11 abr. 2023.

SANTOS, M. F. S. **Depressão após o parto**. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2001.

SANTOS, T. R. B.; BONADIO, I. C. M.; CALDANA, R. H. F.; SANTOS, C. F.; GARCIA, P. R. F. Women's worries during postpartum. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 21, p. 71-79, 2019.

SEDGH, G.; BEARAK, J.; SINGH, S.; BANKOLE, A.; POPINCHALK, A.; GANATRA, B.; ROSSIER, C.; GERDTS, C.; TUNÇALP, Ö.; JOHNSON JÚNIOR, B. R.; JOHNSTON, H. B.; ALKEMA, L. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and 118sub-regional levels and trends. **The Lancet**, v. 388, n. 10041, p. 258-267, 2016. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30380-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30380-4). Acesso em: 15 mar. 2023.

SILVA, M. C. P. A consulta terapêutica: um espaço potencial para a construção da parentalidade. **Jornal de Psicanálise**, v. 43, n. 79, p. 143-154, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/jp/v43n79/v43n79a09.pdf>. Acesso em: 25 out. 2021.

SILVA, S. M. A. **Vinculação Materna durante e após a gravidez**: ansiedade, depressão, stress e suporte social. 2012. 142 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) - Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Porto, PT, 2012. Disponível em: [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3259/3/DM\\_16833.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3259/3/DM_16833.pdf). Acesso em: 15 nov. 2022.

SILVA, B. A. A.; BRAGA, L. P. Fatores promotores do vínculo mãe-bebê no puerpério imediato hospitalar: uma revisão integrativa. **Revista da SBPH**, v. 22, n. 1, p. 258-279, 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v22n1/v22n1a14.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2022.

SILVA, M. R.; KREBS, V. A. Uma análise sobre a saúde da mulher no período puerperal. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 611-620, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-052>. Acesso em: 12 abr. 2023.

SILVA, N. G. T.; ZVEITER, M.; ALMEIDA, L. P.; MOUTA, R. J. O.; MEDINA, E. T.; PITOMBEIRA, P. C. P. Emotional demands during pregnancy and its consequences in the delivery process. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 9, p. 1-22, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17884>. Acesso em: 23 jul. 2023.

SOUSA, D. D.; PRADO, L. C.; PICCININI, C. A. Representações acerca da maternidade no contexto da depressão pós-parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 24, n. 2, p. 335-343, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722011000200015>. Acesso em: 12 abr. 2023.

SOUZA, D. B. L.; FERREIRA, M. C. Auto-estima pessoal e coletiva em mães e não-mães. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 1, p. 19-25, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n1/v10n1a03.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2023.

STEVENS, C. Ressignificando a Maternidade: Psicanálise e Literatura. **Revista Gênero**, v. 5, n. 2, p. 1-15, 2005. Disponível em <https://periodicos.uff.br/revistagenero/article/view/31140/18230>. Acesso em: 18 julho 2022.

THEME FILHA, M. M.; AYERS, S.; GAMA, S. G. N.; LEAL, M. C. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: the birth in Brazil national research study, 2011/2012. **Journal of Affective Disorders**, v. 194, 159-167, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.020>. Acesso em: 15 nov. 2022.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 1985.

TORILL, K. **Threads - Shot film about maternal bond**. 2017. (Vídeo, 8:50 min.). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=T457UDaIeBU>. Acesso em: 20 jan. 2023.

TOSTES, N. A. **Percepção de gestantes acerca da assistência pré-natal, seus sentimentos e expectativas quanto ao preparo para o parto**. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2012. Disponível em: [www.realp.unb.br/jspui/bitstream/10482/11099/1/2012\\_NataliaAlmeidaTostes.pdf](http://www.realp.unb.br/jspui/bitstream/10482/11099/1/2012_NataliaAlmeidaTostes.pdf). Acesso em: 3 mar. 2023.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 443-466, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a09v31n3.pdf>. Acesso em: 11 maio 2017.

VANDERLINDE, L. F.; BORBA, G. A.; VIEIRA, M. L. Importância da rede social de apoio para mães de crianças na primeira infância. **Revista de Ciências Humanas**, v. 43, n. 2, p. 429-443, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/2178-4582.2009v43n2p429>. Acesso em: 12 br. 2023.

VETTORAZZI, J.; MARQUES, F.; HENTSCHEL, H.; RAMOS, J. G. L.; MARTINS-COSTA, S. H.; BADALOTTI, M. Sexualidade e puerpério: uma revisão da literatura. **Clinical & Biomedical Research**, v. 32, n. 4, p. 473-479, 2013. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/32388>. 2013. Acesso em: 11 abr. 2023.

WACHELKE, J. F. R., ANDRADE, A. L., SOUZA, A. M.; CRUZ, R. M. Estudo complementar da validade fatorial da Escala Fatorial de Satisfação em Relacionamento e predição de

satisfação global com a relação. **Psico-USF**, v. 12, n. 2, p. 221-225, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-82712007000200010>. Acesso em: 25 out. 2021.

ZINGA, D.; PHILLIPS, S. D.; BORN, L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, Supl. 2, p. 556-564, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000600005>. Acesso em: 8 mar. 2023.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Data da Aplicação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local de Aplicação: \_\_\_\_\_

### I. DADOS PESSOAIS

1. Nome: \_\_\_\_\_

2. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3. Idade \_\_\_\_\_ anos

4. Naturalidade: \_\_\_\_\_

5. Cidade em que mora: \_\_\_\_\_

6. Relacionamento estável à:

_____	Anos	_____	Meses
_____	Semanas	_____	Dias

7. Estado Civil:

- |                                |                                    |
|--------------------------------|------------------------------------|
| a) Casada (civil) ( )          | b) Casada (união estável) ( )      |
| c) Casada (civil + igreja) ( ) | d) Casada (Mora junto) ( )         |
| e) Casada (igreja) ( )         | f) Namora e mora separadamente ( ) |

8. Cor:

( ) Branca ( ) Negra ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Índia

9. Quem mora com você: \_\_\_\_\_

### II. DADOS OCUPACIONAIS / FINANCEIROS

10. Escolaridade:

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| a) Sem Instrução ( )        | b) Fundamental Incompleto ( ) |
| c) Fundamental completo ( ) | d) Médio Incompleto ( )       |
| e) Médio Completo ( )       | f) Superior Incompleto ( )    |
| a) Superior Completo ( )    | b) Pós-graduação ( )          |
| c) Mestrado ( )             | d) Doutorado ( )              |

11. Profissão: \_\_\_\_\_

12. Ocupação Atual: \_\_\_\_\_



k) Durante o trabalho de parto, teve alguém conhecido ao seu lado?

Sim ( ), Quem? \_\_\_\_\_ Não ( )

#### IV. DADOS RELATIVOS AO PÓS-PARTO

##### 18. O seu bebê amamentou no peito?

Só na maternidade	( )	Menos de 1 mês	( )
De 1 a 3 meses	( )	De 3 a 6 meses	( )
De 6 a meses a 1 ano	( )	De 1 ano a 1 ano e 6 meses	( )
De 1 ano e 6 meses a 2 anos	( )	Mais de 2 anos	( )

##### 19. Por que interrompeu a amamentação ou quando pretende interromper? Por quê?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

##### 20. Você teve quem a ajudasse a cuidar do seu bebê?

Sim ( ), Quem? \_\_\_\_\_ Não ( )

##### 21. Dos sentimentos abaixo, quais estavam mais presentes logo após sua chegada da maternidade?

( ) Medo	( ) Desejo de Fugir	( ) Felicidade
( ) Tristeza	( ) Choro frequente	( ) Plenitude
( ) Desanimo	( ) Vontade de não ficar sozinha com o bebê	( ) Animação
( ) Ansiedade	( ) Desesperança	( ) Prazer
( ) Irritada	( ) Abandono	( ) Empolgação
( ) Solidão	( ) Vontade de fazer mal a mim mesma	( ) Diversão
( ) Culpa	( ) Tarefas demais para mim	

#### V. DADOS RELATIVOS AO SEU BEBÊ

22. Sexo do seu bebê: ( ) Feminino ( ) Masculino

23. Idade do seu bebê: \_\_\_\_\_

24. Apgar do seu bebê: 1º \_\_\_\_\_ e 2º \_\_\_\_\_

25. Saúde do seu bebê ao nascer:

a) ( ) Foi direto para o colo e alojamento conjunto

- b) ( ) Foi direto para o colo e depois para a enfermaria
  - c) ( ) Foi para a UTI neonatal
  - d) ( ) Foi direto para a enfermaria e vi depois de \_\_\_\_\_ horas
  - e) ( ) Outros: \_\_\_\_\_
- 

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

**APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)****UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO**  
**Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde**

Eu, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ aceito participar voluntariamente do estudo **“Cesárea Eletiva, Violência Obstétrica e Parto Humanizado: o legado destas intervenções para a vida emocional da mãe”**, que tem como objetivo:

- Investigar e impacto na vida emocional da mulher que passou por uma das 3 experiências a seguir: a) uma cesárea agendada; b) foi vítima de violência na hora do parto; c) vivenciou um parto normal humanizado, ou seja, aquele em que foi respeitada a todo o momento, teve um(a) companheiro(a) de sua livre escolha ao seu lado e foi informada de todos os procedimentos realizados nela e em seu bebê.
- Identificar se a violência no momento do parto ou a cesárea agendada geram prejuízos emocionais para a mulher, para o bebê e para a relação desta mulher com seu bebê e seu companheiro(a).
- Fornecer subsídios para a implantação de Políticas Públicas que incluam: a) a mulher e o bebê como protagonistas do trabalho de parto e parto aumentando o bem-estar da dupla; b) respeito aos processos fisiológicos e realização de intervenções que promovam benefícios indicados por evidências científicas.

Para que estes objetivos sejam atingidos é necessário que a participante: a) passe por uma entrevista de, aproximadamente 60 minutos em que contará, apenas para a pesquisadora, detalhes sobre sua gestação, trabalho de parto, parto, amamentação e relação com seu bebê até o presente momento; b) faça um teste psicológico de, aproximadamente, 30 minutos em que contará histórias livremente, a partir de desenhos que serão apresentados; c) responda a questionário (escala) sobre seu relacionamento conjugal, d) responda a questionário (escala) sobre seus sentimentos logo após o parto; e) responda a questionário (escala) sobre seus sentimentos sobre você mesma; f) responda a questionário (escala) sobre dados pessoais, onde mora, se trabalha, etc.

Enquanto participante declaro estar ciente de que:

- a) faço parte de uma amostra de 90 mulheres que participarão desta pesquisa;
- a) serão necessários dois encontros de, aproximadamente 90 minutos cada para que a pesquisadora realize o que foi acima descrito;
- b) poderei interromper / desistir de minha participação a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo;

c) não precisarei pagar ou gastar nenhuma quantia monetária em nenhum momento da pesquisa, pois, todos os custos com os materiais para a execução da pesquisa ficarão a cargo da pesquisadora.

d) poderei me sentir, eventualmente, fisicamente cansada durante a entrevista ou questionários e poderei ficar sensibilizado por tocar em questões íntimas ou que despertem algum tipo de emoção. Neste caso, a pesquisadora interromperá o processo até que eu me sinta disposta a continuar. Posso decidir desistir da participação se essa decisão me deixar mais confortável. Vale ressaltar que tanto cansaço quanto desconforto são considerados mínimos no que diz respeito aos aspectos psicológicos e/ou físicos, pois, realizarei uma atividade comum (como conversar e responder perguntas sobre um evento da vida, o parto) do meu dia a dia;

e) no caso de alguma ocorrência que traga dano decorrente da participação na pesquisa, estou ciente de que terei direito a uma indenização, conforme estabelecido na Resolução 466/12. Contudo, vale ressaltar que todos os riscos estão minimamente reduzidos por se tratar de atividades rotineiras para todas as participantes desta pesquisa;

f) se for recomendado, necessário ou de meu interesse, poderei contar com o atendimento psicológico na Policlínica da Universidade Metodista de São Paulo pela Psicóloga Adriana Navarro Romagnolo – CRP 06/118877, ou seja, a pesquisadora responsável;

g) a pesquisadora estará à disposição para realizar uma entrevista devolutiva caso eu manifeste interesse;

h) tenho assegurado que minha privacidade será totalmente preservada e as informações permanecerão em sigilo, não sendo divulgado em nenhum momento o meu nome e/ou outros dados que possam me identificar.

i) trata-se de uma pesquisa liderada pela Profa. Dra. Miria Benincasa Gomes, da Universidade Metodista de São Paulo, registrada no Conselho Regional de Psicologia pelo número: 06/52.180;

j) Fica a minha disposição o contato da pesquisadora responsável pelo projeto, caso seja do meu interesse contatá-la a qualquer momento. O telefone para contato com a pesquisadora é (11) 9 7594-1164 e seu e-mail é [adriananavarro.psicologia@gmail.com](mailto:adriananavarro.psicologia@gmail.com).

k) Caso haja qualquer dúvida, o Comitê de Ética em Pesquisa poderá ser contatado pelo e-mail [cometica@metodista.br](mailto:cometica@metodista.br) ou telefone (11) 4366-5814.

Este documento será assinado em duas vias, ficando assim, uma para cada parte de interesse sendo a pesquisadora e eu, como participante

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

## APÊNDICE C: CARTILHA DE REDE DE APOIO

**Universidade Metodista de São Paulo**

### Rede de apoio à maternidade

**O que é Rede de Apoio à Maternidade?**  
Pessoa(s) que oferec(e)m ajuda à mãe, seja para cuidar do bebê, da casa ou da própria mãe.

**Tipos de ajuda**

**Afetiva/emocional:** cuidar, proteger, apoiar emocionalmente;  
**Material:** quando a ajuda é concreta - estar presente, ajudar financeiramente, etc.;  
**Informacional:** quando a ajuda é para conseguir informações e conhecimentos.

**Quem oferece a ajuda precisa:**

- Perceber se a mãe precisa de ajuda;
- Entender se é possível oferecer alguma ajuda;
- Pensar em qual tipo de ajuda será oferecida (afetiva, material, e/ou informacional).

**Quem recebe a ajuda precisa:**

- Ter relações próximas, confiar essas pessoas e pedir ajuda.

**Benefícios da Rede de Apoio à maternidade:**

- O bem-estar físico e emocional da mãe;
- O vínculo mãe-bebê;
- A saúde da criança;
- A qualidade do relacionamento conjugal dos pais.

**Quem pode fazer parte da Rede de Apoio da Mãe?**  
O parceiro, os avós e avós, os tios, os amigos, a escola e/ou creche, a babá ou outra cuidadora remunerada, o pediatra e outros profissionais de saúde, os grupos de apoio à maternidade, etc.

**Universidade Metodista de São Paulo**

### Rede de apoio à maternidade

**O que é Rede de Apoio à Maternidade?**  
Pessoa(s) que oferec(e)m ajuda à mãe, seja para cuidar do bebê, da casa ou da própria mãe.

**Como ajudar a mãe?**

- Ajudar a cuidar da casa, do bebê e da alimentação dos dois;
- Cuidar da mãe ou do bebê caso um dos dois adoça;
- Cuidar do bebê no retorno da mãe ao trabalho; - Etc.

**Quando se deve ajudar?**  
É importante oferecer ajuda o mais rápido possível. Isso evita situações que causam estresse e sensação de fracasso na mãe.

**É ruim "ajudar pouco"?**  
Quando uma mãe tem poucas pessoas para ajudá-la, mesmo um pequeno auxílio pode ser muito positivo.

**Qual o limite da ajuda?**  
É importante ouvir a mãe para que não se ofereça pouca ajuda, uma ajuda diferente do que a mãe precisa ou até mesmo que ela não quer naquele momento.

**É importante oferecer ajuda, sem colocar condições em troca. Senão, mesmo precisando, a mãe pode negar a ajuda, o que a prejudicará.**  
Além disso, quando existem figuras femininas que ajudam a mãe com sua experiência, ela pode se espelhar nessas pessoas e desenvolver sua identidade materna mais facilmente.

**Universidade Metodista de São Paulo**

### Paternidade Ativa

**O que é Paternidade Ativa?**  
O pai precisa se relacionar afetivamente com seu filho e auxiliar nas tarefas que contribuem para seu desenvolvimento saudável.

**Como se deve fazer?**

- Ser carinhoso e afetuoso com o filho e a parceira;
- Compartilhar com a parceira as tarefas domésticas;
- Cuidar da criança (dar banho, trocar a fralda, fazer dormir, alimentar, levar ao médico, etc.);
- Ter atividades de lazer com a criança;
- Participar da vida escolar do filho;
- Falar e ouvir sobre seus medos e angústias relacionados à paternidade com colegas, familiares e/ou com a própria parceira.

**Amamentação**

**A amamentação é importante para:**

- Ajudar no desenvolvimento do bebê e protegê-lo contra doenças (ex: problemas respiratórios e dentários);
- Auxiliar no desenvolvimento da boca e do maxilar do bebê;
- Auxiliar no desenvolvimento do vínculo mãe-bebê.

**Como ajudar?**

- Acalmar a mãe caso não exista muito leite no início da amamentação (é normal o leite demorar de 1 a 2 dias após o parto para chegar às mamas);
- Evitar comprar objetos (ex: mamadeiras e fórmulas) para não prejudicar a amamentação;
- Evitar falas como: "o leite da mãe não é forte", "o leite sozinho não sustenta o bebê", pois não são falas verdadeiras. A mãe só deve alimentar o bebê de outra forma após pesquisa e com orientação médica;
- Cuidar de outros filhos e/ou auxiliar nos cuidados da casa para que a mãe esteja tranquila;
- Oferecer água e comida à mãe durante ou após a amamentação, pois ela gera sede e fome na mãe;
- Caso a mãe ainda tenha dúvidas a respeito e dificuldades como lesões na mama é importante incentivá-la a buscar seu médico.

**Universidade Metodista de São Paulo**

### Retorno da mãe ao trabalho

**Principais angústias da mãe no retorno ao trabalho:**

- A separação do bebê, medo de que cuidador do bebê não se dedique tanto quanto ela, medo de que o afastamento prejudique o vínculo com o bebê, medo de que o afastamento impacte negativamente na amamentação, menor tempo para realizar todas as tarefas, adaptação à rotina de trabalho, medo de perder o emprego etc.

**Como ajudar?**

- Ouvir e acolher a mãe sem julgamentos, entendendo as dificuldades da situação e seu sofrimento;
- Incentivar para que, se possível, a mãe possa negociar em seu trabalho condições que a ajudem nesse momento (menor carga-horária de trabalho, maior flexibilidade nos horários, local reservado para fazer a ordenha do leite materno, etc.);
- Cuidar do bebê para a mãe no horário do trabalho dela;
- Contribuir para que, sempre que possível, a mãe possa ver o bebê ao longo do dia (através de fotos, vídeos ou até presencialmente em algum intervalo ou horário de almoço da mãe);
- Ajudar nas tarefas de casa para que a mãe possa ter mais tempo livre com o bebê quando eles estão juntos;
- Ajudar nas tarefas de casa ou nos cuidados com o bebê para que a mãe tenha tempo de realizar a ordenha do leite materno e continuar com a amamentação do bebê.

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

## APÊNDICE D: PARECER DO COMITÊ ÉTICO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título de Pesquisa:** PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO, PRÉ-NATAL COLETIVO E PRÉ-NATAL INTEGRAL: AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DESTES SERVIÇOS.

**Pesquisador:** MIRIA BERNHARD GOMES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CNAE:** 26214E14-0001-0000

**Instituição Proponente:** Universidade Metodista de São Paulo - Umesp

**Plataformador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.79.018

**Apresentação do Projeto:**  
Os pesquisadores estão envolvidos em diversos projetos sobre Humanização do Parto e Visão da Obstetria, conforme o legado destas experiências para a vida emocional e relacional da mãe independentemente do parto, assim como experiências no período de pós-parto que se registram no discurso da grande maioria das mulheres e podem ser constatados durante a gestação. Visando desenvolver um modelo multidisciplinar de Assistência à Gestante, como já acontece em outros países, serão utilizadas instrumentos de avaliação e três métodos de intervenção psicológica para compará-los e descobrir qual teve mais eficácia em prevenir ou amenizar as ansiedades no pós-parto.

**Objetivo da Pesquisa:**  
Os objetivos deste estudo são:  
a) realizar o seguimento psicológico no período de pré-parto;  
b) avaliar mulheres nos períodos de gestação e pós-parto;  
c) desenvolver um modelo de Assistência à Gestante multidisciplinar, chamado Pré-Natal Integral;  
e) comparar os resultados das participantes entre as diferentes modalidades de assistência (PIP, PNC e PNI) e grupo controle, buscando verificar eficácia destes modelos.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**  
Todos os participantes serão beneficiados por atendimentos físicos e gestuais, sejam eles:



**Instituição do Parecer:** PNCN

**pesquisadora (PIP), médica (PNC), se equipe multidisciplinar (PNI), com atendimentos médicos, psicológicos, com objetivo e título Para o Grupo Controle, de gestantes que não terão esses atendimentos (sem os padrões e atendimentos médicos no Serviço de Atendimento), será realizado grupo de apoio ao pós-parto pela equipe de pesquisadores. Os riscos são mínimos, envolvendo o descurtado de gastos de tempo em realizar os testes e atendimentos. Os testes e atendimentos não desviam do projeto. O sigilo é garantido, assim como o direito a desistência, interrupção e encerramento psicológico caso necessário.**

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**  
Este estudo será uma pesquisa ação, no tipo, um modelo de pesquisa que se encontra entre a investigação científica e a prática médica. Serão realizados 03 grupos de atendimentos e gestantes, onde cada grupo contará com um número mínimo de quatro a máximo de dez integrantes, além do grupo controle. O número total de participantes será entre 100 e 200, havendo critérios de inclusão e exclusão bem claros. Este estudo pretende propor um modelo de atendimento em grupo que possa ser realizado nos dispositivos de saúde de atenção básica do Sistema Único de Saúde.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**  
Todos os termos foram apresentados e aprovados.

**Condições de Realização e Lista de Investigação:**  
Após leitura e análise do projeto e exame on-line de todos os itens que compõem os documentos do Protocolo de Pesquisa, incluindo os itens presentes no Roteiro de Checagem para a aprovação e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido nada foi constatado no processo que fira os princípios e normas de ética em pesquisa.

**Considerações Finais e critério do CEP:**  
O CEP-UMESP considera o projeto de pesquisa APROVADO, sob a condição de aprovação da pesquisa propriamente dita, antes e que segue:  
- Que sejam encaminhados ao CEP-UMESP relatórios acerca sobre o andamento da pesquisa (parciais e finais);  
- Que sejam realizadas ao CEP-UMESP reuniões avançadas que tenham ocorrido no curso da pesquisa e que sejam significativas do ponto de vista ético e metodológico;  
- Que sejam realizadas eventuais alterações e modificações no protocolo de pesquisa.

**Assessor:** JOGACRAMENTO, JO  
**Nome:** MIRIA BERNHARD GOMES  
**CPF:** 024649100000  
**UF:** SP  
**Endereço:** SÃO BERNARDO DO CAMPO  
**Telefone:** (11) 2126-3034  
**E-mail:** miria@umet.edu.br

Parecer nº 1

**Assessor:** JOGACRAMENTO, JO  
**Nome:** MIRIA BERNHARD GOMES  
**CPF:** 024649100000  
**UF:** SP  
**Endereço:** SÃO BERNARDO DO CAMPO  
**Telefone:** (11) 2126-3034  
**E-mail:** miria@umet.edu.br

Parecer nº 2



**Instituição do Parecer:** Umesp

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PIB_INFORMACOES_BASICAS_DO_P... PIB_INFORMACOES_BASICAS_DO_P... PIB_INFORMACOES_BASICAS_DO_P...	02/02/16 15:30:29 15:35:22	MIRIA BERNHARD GOMES	Aprovado
Termos de Apresentação / Justificativa de Avaliação	TCLB_PIP_PNI.docx	02/02/16 15:12:55	MIRIA BERNHARD GOMES	Aprovado
TCLB / Termos de Assentimento / Justificativa de Avaliação	TCLB_PNC.docx	02/02/16 15:12:38	MIRIA BERNHARD GOMES	Aprovado
TCLB / Termos de Assentimento / Justificativa de Avaliação	TCLB_GG/relatorio.docx	02/02/16 15:12:26	MIRIA BERNHARD GOMES	Aprovado
Projeto Detalhado / Descrição / Justificativa	PIP_PNC_PNI.docx	02/02/16 15:00:19	MIRIA BERNHARD GOMES	Aprovado
Descrição de Interação e Intervenções	CGG_Parte_Inqulitivo.pdf	02/02/16 15:03:39	MIRIA BERNHARD GOMES	Aprovado
Forma de Roteiro	PIP_PNI_Forma_1a_roteo.pdf	25/06/2016 08:35:25	MIRIA BERNHARD GOMES	Aprovado
Descrição de Interação e Intervenções	CGG_Cateto.pdf	30/06/2016 08:44:33	MIRIA BERNHARD GOMES	Aprovado
Descrição de Interação e Intervenções	CGG_Januario.pdf	30/06/2016 18:02:13	MIRIA BERNHARD GOMES	Aprovado

**Situação do Parecer:**  
Aprovado

**Necessária Apresentação do CONEP:**  
Não

SÃO BERNARDO DO CAMPO, 05 de Outubro de 2016

Assinado por:  
Miria Paula Bernhards Gomes  
(Examinador)

**Assessor:** JOGACRAMENTO, JO  
**Nome:** MIRIA BERNHARD GOMES  
**CPF:** 024649100000  
**UF:** SP  
**Endereço:** SÃO BERNARDO DO CAMPO  
**Telefone:** (11) 2126-3034  
**E-mail:** miria@umet.edu.br

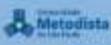
Parecer nº 1

**Assessor:** JOGACRAMENTO, JO  
**Nome:** MIRIA BERNHARD GOMES  
**CPF:** 024649100000  
**UF:** SP  
**Endereço:** SÃO BERNARDO DO CAMPO  
**Telefone:** (11) 2126-3034  
**E-mail:** miria@umet.edu.br

Parecer nº 2

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

## APÊNDICE E: CONSTRUÇÃO DA MATERNIDADE



### VÍNCULO MÃE E BEBÊ

Grupo de apoio à gestantes "Tomar-se Mãe"



### PARA INICIAR NOSSA TROCA...

Vídeo sobre vínculo entre a mãe e sua filha



### CONSTRUÇÃO DA MATERNIDADE

Elementos importantes nesse processo:

- Transformações corporais: conforme acontece o crescimento do bebê, o corpo passa a evidenciar visualmente uma nova condição, despertando sentimentos de natureza diversas.
- Transformações psicológicas: A gestação provoca maior sensibilidade emocional.
- Transformações conjugais: A espera do bebê altera a dinâmica do casal, podendo trazer satisfação, parceria mútua ou até mesmo conflitos.
- Tomar-se mãe: Na gestação, a mulher passa a reorganizar sua identidade e suas relações, seus sentimentos voltam-se para o bebê e ela passa a se relacionar com ele. O processo de tomar-se mãe se inicia antes mesmo da gravidez, se intensifica durante a gestação e continua acontecendo depois do nascimento do bebê.



PIZZINI ET AL., 2008

### IDEALIZAÇÃO DO BEBÊ

- No psiquismo da mãe, se forma o ideal de ser mãe e uma imagem mental do bebê.
- Processo de antecipação do nascimento do filho, gerando momentos imaginativos, que se intensificam à partir do terceiro mês. Exemplo: Escrita do nome, preparação de enxoval, mudanças na casa, caracterização do bebê ("será como o pai..."), "será muito apegado a mim?".
- A mãe se relaciona com seu bebê antes de seu nascimento, se relaciona com o "bebê imaginado".
- Quando o bebê nasce, a imagem do bebê imaginado será mais ou menos confirmada, no entanto, são necessários algumas reestruturações de acordo com as características do bebê real. Esse processo é essencial para a interação mãe-bebê.



PIZZINI ET AL., 2008

### O VÍNCULO MÃE-BEBÊ



### TROCA DE EXPERIÊNCIAS

Como é a relação com o seu bebê?

Quais são suas expectativas para exercer a maternidade?



### LIÇÃO DE CASA: DIÁRIO DA GRAVIDEZ

Descobrinha as singularidades do seu bebê

- Recolha um caderno ou bloco de anotações.
- Tomar esse caderno por um diário, registrando as suas experiências e como o bebê reage a elas. Exemplos:
- Coloque para tocar uma música alegre, agitada. Em outro momento, coloque uma música calma. Como você sente que o bebê respondeu?
- As comas diferentes alimentos, doces ou salgados, o que você acha que seu bebê sente? Qual sente que ele gostou mais?
- Identifique os momentos em que você sentiu seu bebê chorando: O que você estava fazendo nesse momento? Como estava se sentindo?



### AGRADECEMOS SUA PRESENÇA!

Certificamos com sua participação no nosso próximo encontro, dia 08/04.

Próximo tema: relacionamento conjugal.

Referências:

Pizzini, C. A., Lopes, E. S., Gomes, A. G., & De Nardi, T. (2008). Gestação e a construção da maternidade. Psicologia em estudo, 13, 63-72.

Morel, A. G., Pizzini, C. A., & Lopes, E. S. (2007). O bebê imaginado: gestação: aspectos teóricos e empíricos. Psicologia em estudo, 12(2), 305-313.



## APÊNDICE F: RELACIONAMENTO CONJUGAL

**Relacionamento conjugal**

Grupo de apoio à gestação

Para iniciar nossa troca,

**Exercício de relaxamento**

**Vídeo: história de um casal**

<https://www.youtube.com/watch?v=9jw4U4k2E>

**Discussão**

- Após o diagnóstico da gravidez, você notou alguma diferença no seu relacionamento conjugal?
- Como é a participação de seu companheiro na gestação?
- Você sente que recebe o apoio necessário do seu parceiro?
- Como você espera que seja a relação de vocês após o nascimento do bebê?
- De você costuma, como está sendo viver a gestação? Recebe apoio de outras pessoas?
- Outros temas relevantes para nossa discussão: separação, divisão de tarefas, comunicação entre o casal.

**Relacionamento conjugal na gestação**

- A gestação pode trazer maior satisfação e qualidade de vida no mesmo causar um aumento de conflitos.
- Parentalidade: transição que gera estresse e exige adaptação.
- Fatores importantes para adaptação do casal à nova realidade: estabilidade do relacionamento, boa comunicação e estabilidade do casal.
- A estabilidade na relação é um importante fator para o sucesso e aceitação do gravidez planejada à não planejada.
- A parentalidade interfere na relação sexual, seja por conta da preocupação com mudanças com o bebê ou por conta das mudanças corporais vividas pela mulher.

**Mães solo**

- Uma observação importante: o casamento não é mais a única forma possível de constituição de família. Não é a presença de um companheiro que garante os melhores filhos, mas sim uma parentalidade responsável e desejo de se tornar mãe.
- Mesmo não sendo responsável educacional, financeiro, violência de gênero, sobrecarga de trabalho, problemas financeiros, sentimentos de solidão, menos suporte, a mãe sozinha pode favorecer a adaptação da mãe.
- Vale lembrar que mesmo em relacionamentos conjugais, a ausência paterna e a sobrecarga de funções da mãe na gestação e na criação do bebê ainda pode ser uma realidade.

thank you

**Obrigada pela sua participação!**

Te aguardamos no próximo encontro - DATA A DEFINIR - sobre preparação para o parto.

## APÊNDICE G: EXERCÍCIO DE RESPIRAÇÃO

**PÓS-PARTO E ANSIEDADES PRÓPRIAS DESSE PERÍODO**  
 Grupo de apoio à gestantes "Tornar-se Mãe"

**VAMOS TIRAR UM MOMENTO PARA RESPIRAR?**

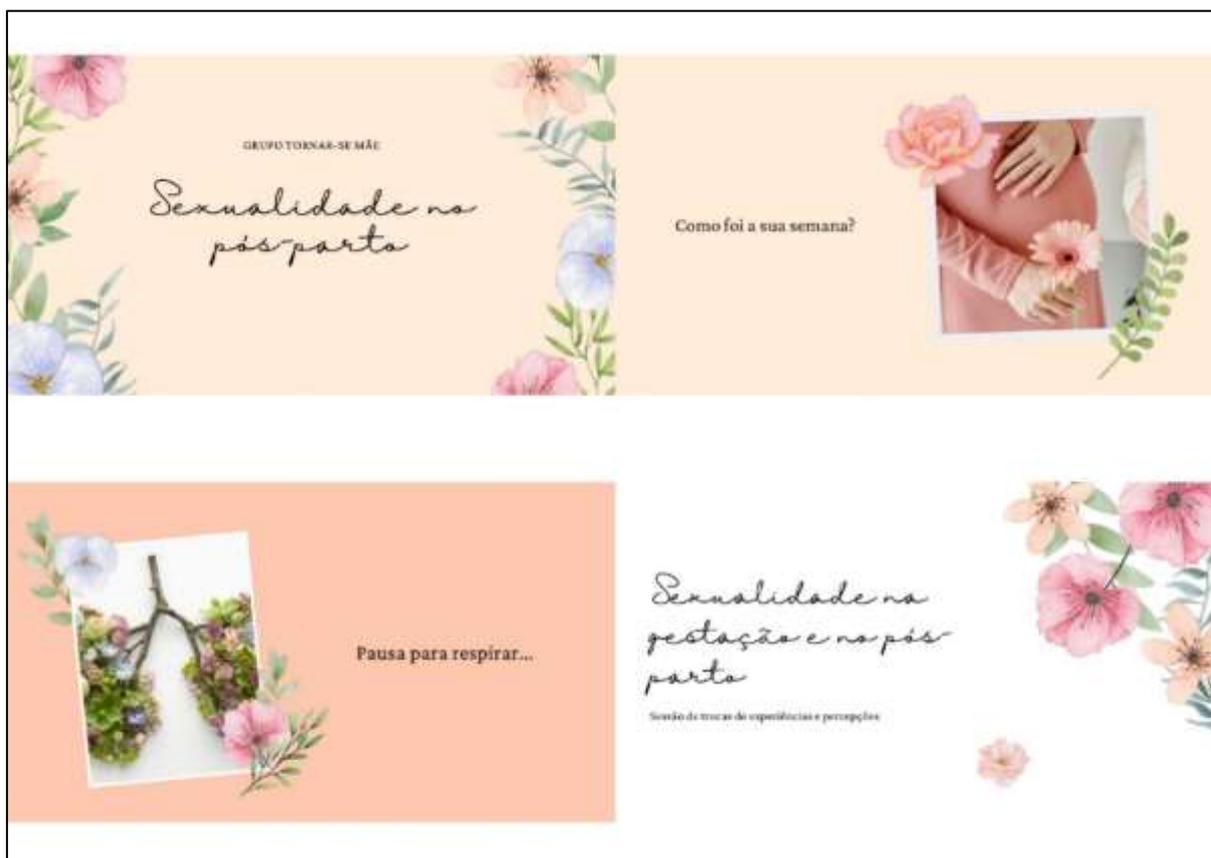
**PUERPÉRIO: VOCÊ SABE O QUE É?**  
 COMO VOCÊ ESPERA QUE SEJA APÓS O NASCIMENTO DO SEU BEBÊ?  
 VOCÊ TEM ALGUM MEDO/ANSIEDADE RELACIONADO AO PÓS-PARTO?

**PUERPÉRIO**  
 A mulher que se encontra no período puerperal passa pela formação de sua identidade materna e, consequentemente, por uma mudança de papéis, que requer adaptação pessoal, emocional e social (SILVA, VA. FRESE, 2021).

**AGRADECEMOS SUA PRESENÇA!**  
 Te aguardamos no próximo encontro, dia 29/04.

REFFORTHEN SILVA, M. D., ANDRÉ, V. A. Uma análise sobre a saúde da mulher no período puerperal. Brazilian Journal of Health Services, v. 4, n. 1 p. 671-682, 2021

## APÊNDICE H: SEXUALIDADE NO PÓS-PARTO



O bebê do esperado torna-se o centro das atenções de toda a família...

Até mesmo até os dois anos de vida do bebê, o casal poderá viver todas suas energias no filho.

Dizem de tantas amigas, como está que fica o casal?

**Conjugabilidade** → **Parentalidade**  
 Transição em que o casal pode ficar vulnerável, pois com o recém-nascido na relação exige reorganização e é um desafio.

Na gestação...

É comum a diminuição do interesse e da atividade sexual no período da gravidez.

No 3º trimestre de gravidez, essa diminuição está associada a:

- Mudançs relacionais à saúde da criança;
- O desconforto físico ligado à gestação;
- Sentimento de insatisfação com a imagem física.

No pós-parto...

A diminuição do interesse e da atividade sexual é ainda mais evidente.

**Diferença marcante:**  
 Ao invés de mudanças de papéis sociais durante a transição pais e parentalidade;  
 Mudança de humor;  
 Fadiga;  
 Mudanças nos hábitos de movimento do bebê;  
 Autocensuração.

Estados apontam aumento/retorno a níveis mais elevados de atividade sexual a partir do segundo/trceiro mês de puerpério. No entanto, existe grande variabilidade individual.

De fato, há variações marcantes na sexualidade do casal durante a gestação e principalmente após o parto.

Mas, como lidar com essas mudanças?

Tais mudanças não precisam ser necessariamente ruins, principalmente se buscarem a reorganização da sexualidade.

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

# **ANEXOS**

**ANEXO A: ESCALA FATORIAL DA SATISFAÇÃO EM  
RELACIONAMENTO DE CASAL – EFS-RC**

Pedimos que, por favor, responda aos itens abaixo, referentes a sua relação com seu(sua) companheiro(a). Não há respostas certas ou erradas; O importante é que você seja o mais sincero possível. Leia cada item e depois escreva o número que expressa sua resposta no espaço ao lado da palavra, de acordo com a seguinte escala.

- 1 – Discordo totalmente
- 2 – Discordo parcialmente
- 3 – Não sei responder
- 4 – Concordo parcialmente
- 5 – Concordo totalmente

A. Meu(minha) companheiro(a) e eu temos muitas ideias e interesses em comum .....	( )
B. Considero meu(minha) companheiro(a) bonito(a) .....	( )
C. Meu(minha) companheiro(a) e eu temos interesses e expectativas compatíveis em relação ao nosso futuro profissional .....	( )
D. Meu(minha) companheiro(a) é fisicamente atraente para mim .....	( )
E. Reprovo muitas atitudes do(a) meu(minha) companheiro(a) .....	( )
F. Meu(minha) companheiro(a) e eu gostamos de participar de atividades similares .....	( )
G. A aparência de meu(minha) companheiro(a) não é ideal para mim .....	( )
H. Sinto muita vontade de envolver-me em situações de contato físico com meu(minha) companheiro(a) .....	( )
I. As situações de contato físico entre mim e meu(minha) companheiro(a) são muito prazerosas .....	( )

Fonte: (Wachelke; Andrade; Souza; Cruz (2007)

**ANEXO B: ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG**

Leia cada frase com atenção e faça um círculo em torno da opção mais adequada

1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas.  
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.  
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.  
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.  
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
5. Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.  
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.  
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
7. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.  
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.  
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
9. Às vezes eu me sinto inútil.  
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
10. Às vezes eu acho que não presto para nada.  
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

**ANEXO C: ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO**

Nome:

Data:

Idade do bebê:

Considerando que teve um bebê há pouco tempo, gostaríamos de saber como se sente. Por favor, sublinhe a resposta que mais se aproxima dos seus sentimentos nos últimos 7 dias. Obrigada.

**Nos últimos 7 dias:****1. Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas.** Tanto como antes Menos do que antes Muito menos do que antes Nunca**2. Tenho tido esperança no futuro.** Tanta como sempre tive Menos do que costumava ter Muito menos do que costumava ter Quase nenhuma**3. Tenho me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal.** Sim, a maioria das vezes Sim, algumas vezes Raramente Não, nunca**4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo.** Não, nunca Quase nunca Sim, por vezes Sim, muitas vezes**5. Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo.** Sim, muitas vezes Sim, por vezes Não, raramente Não, nunca**6. Tenho sentido que são coisas demais para mim.**

- ( ) Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las
- ( ) Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes
- ( ) Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente
- ( ) Não, resolvo-as tão bem como antes

7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal.

- ( ) Sim, quase sempre
- ( ) Sim, por vezes
- ( ) Raramente
- ( ) Não, nunca

8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz.

- ( ) Sim, quase sempre
- ( ) Sim, muitas vezes
- ( ) Raramente
- ( ) Não, nunca

9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro.

- ( ) Sim, quase sempre
- ( ) Sim, muitas vezes
- ( ) Só às vezes
- ( ) Não, nunca

10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma.

- ( ) Sim, muitas vezes
- ( ) Por vezes
- ( ) Muito raramente
- ( ) Nunca

## ANEXO D: PLANO DE PARTO 1



Marina Nunes Roque  
Psicóloga Perinatal e Obstétrica



### Plano de Parto

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Nome do pai: \_\_\_\_\_

Nome do bebê: \_\_\_\_\_

Nome do Obstetra: \_\_\_\_\_

Nome da Psicóloga Obstétrica: \_\_\_\_\_

DPP: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_.

À Maternidade, Obstetra e Neonatologista,

Estamos cientes e que o parto pode tomar diferentes rumos. Abaixo listamos nossas preferências em relação ao parto e nascimento do nosso filho, caso tudo transcorra bem. Sempre que os planos não puderem ser seguidos, gostaríamos de ser previamente avisados e consultados a respeito das alternativas.

#### AS MINHAS PREFERÊNCIAS PARA O PARTO SÃO:

##### **Durante a espera pelo parto normal:**

- Gostaria do parto normal independente da quantidade de horas que ele demore, desde que o bebê esteja bem;
- Gostaria de aguardar ao menos 41 semanas de gestação para indução do parto;
- Gostaria de tentar induzir o parto normal, caso haja necessidade de adiantar meu parto por motivos clínicos (p. ex. hipertensão, diabetes, restrição de crescimento, rotura prematura das membranas, entre outros);
- Gostaria de aguardar ao menos 72h com bolsa rota, fora de trabalho de parto, para depois induzir o parto caso não ocorra de forma espontânea;
- Gostaria de receber orientações de alívio adequado para a espera do parto normal caso tenha fase latente prolongada e não ser submetida a cesárea com alegação de não estar dilatando;
- Gostaria da manutenção da tentativa pelo parto normal caso meu bebê elimine mecônio durante o trabalho de parto, desde que ele esteja bem (não apresente padrões anômalos de frequência cardíaca fetal);
- Gostaria que minha decisão de rejeitar algum procedimento seja respeitada.

🏠 Av T 63, Ed New World Sala 710, Setor Bueno, Goiânia - GO

☎ 62 9 9933 1632

📷 @p.alemdoventre

## ANEXO D: PLANO DE PARTO 2



**PARA ALÉM  
DO VENTRE**

Marina Nunes Roque  
Psicóloga Perinatal e Obstétrica

### Plano de Parto

**Trabalho de parto:**

- Presença de meu marido e psicóloga obstétrica, visto que ambos são essenciais para o bom andamento do trabalho de parto.
- Sem tricotomia (raspagem dos pelos pubianos) e enema (lavagem intestinal).
- Liberdade para beber água e sucos enquanto seja tolerado.
- Liberdade para caminhar e escolher a posição que quero ficar.
- Liberdade para o uso ilimitado do chuveiro para o alívio das dores das contrações.
- Monitoramento fetal: quando for essencial, e não contínuo.
- Possibilidade de colocar música ambiente.
- Gostaria de reduzir ao mínimo o número de exames vaginais;
- Sobre o uso de Ocitocina ou qualquer medicamento para indução ou aceleração do trabalho de parto: Apenas se houver real necessidade médica, após me apresentarem todas as alternativas e em dosagens mínimas.

**Parto:**

- Prefiro ficar de cócoras ou semi - sentada (costas apoiadas), ou na posição que eu achar mais confortável no momento.
- Não me mandem fazer força, inclusive, se eu estiver exagerando, lembrem-me de ter suavidade, para evitar a laceração; Não quero fazer força além do necessário.
- Gostaria de um ambiente especialmente calmo nesta hora.
- Gostaria que as luzes fossem apagadas (penumbra) e o ar condicionado desligado na hora do nascimento. Gostaria que meu bebê nascesse em ambiente calmo e silencioso.
- Gostaria de tocar a cabeça do meu bebê assim que ele coroar;
- Gostaria que o pai cortasse o cordão após o mesmo ter parado de pulsar .
- Não quero que fiquem tocando o meu períneo no período expulsivo;

**Sobre os métodos artificiais para alívio da dor:**

- Gostaria de receber medicação para dor apenas se eu solicitá-la. Farei uso de analgésicos apenas em caso extremamente necessário. Ainda que decida por estas intervenções, gostaria que elas fossem usadas com parcimônia, para que eu não perca os movimentos das pernas ou a consciência do que está acontecendo e o poder de decisão.

📍 Av T 63, Ed New World Sala 710, Setor Bueno, Goiânia - GO

☎ 62 9 9933 1632

📷 @p.alemdoventre

## ANEXO D: PLANO DE PARTO 3



Marina Nunes Roque  
Psicóloga Perinatal e Obstétrica



### Plano de Parto

#### Sobre os métodos naturais de alívio de dor:

- Gostaria de receber apenas métodos naturais para alívio da dor (massagens, bola, alongamento, agachamento, variações de posições, terapia frio/calor, caminhadas).

#### Sobre a amniotomia:

- Não quero rompimento artificial da bolsa, a não ser por extrema necessidade verificada pela equipe obstétrica.

#### Sobre a episiotomia:

- Não gostaria de episiotomia em hipótese alguma (e assino termo de responsabilidade).

#### Sobre o fórceps:

- Não gostaria do fórceps de alívio em hipótese alguma (e assino termo de responsabilidade).

#### Sobre a manobra de Kristeller:

- Não gostaria da manobra de Kristeller em hipótese alguma (e assino termo de responsabilidade).

#### Após o parto:

- Aguardar a expulsão espontânea da placenta, sem manobras, tração ou massagens. Se possível, ter auxílio da amamentação.
- Ter o bebê comigo o tempo todo enquanto eu estiver na sala de parto, e quando for necessário levar para exames e avaliação, que meu esposo acompanhe tudo.
- Liberação para o apartamento o quanto antes com o bebê junto comigo (alojamento conjunto imediato). Quero estar ao seu lado nas primeiras horas de vida.

#### Cuidados com o bebê:

- Administração de nitrato de prata ou antibióticos oftálmicos apenas se necessário e somente após o contato comigo nas primeiras horas de vida.
- Gostaria de poder iniciar o aleitamento materno tão cedo quanto possível;
- Gostaria de poder permanecer um tempo sozinha após o parto com meu bebê e meu marido, nesse momento do aleitamento;

🏠 Av T 63, Ed New World Sala 710, Setor Bueno, Goiânia - GO

☎ 62 9 9933 1632

📷 @p.alemdoventre

## ANEXO D: PLANO DE PARTO 4



Marina Nunes Roque  
Psicóloga Perinatal e Obstétrica



### Plano de Parto

- Quero fazer a amamentação sob livre demanda e de forma exclusiva durante o período de internação;
- Em hipótese alguma, oferecer água glicosada, bicos (chupeta, chuquinha ou mamadeira), suplemento artificial ou qualquer outra coisa ao bebê sem necessidade e sem que eu seja previamente informada.
- Não dar banho no bebê nas primeiras 24h de vida.
- Eu quero dar o primeiro banho no meu bebê.

#### Caso a cesariana seja necessária:

- Exijo o início do trabalho de parto antes de se resolver pela cesárea.
- Quero a presença do meu marido e da psicóloga obstétrica no centro cirúrgico.
- Anestesia sem sedação em momento algum.
- Na hora do nascimento, gostaria que o campo fosse abaixado para que eu possa vê-lo nascer.
- Gostaria que as luzes e ruídos fossem reduzidos e o ar condicionado desligado.
- Gostaria que o pai cortasse o cordão após o mesmo ter parado de pulsar.
- Após o nascimento, gostaria que colocassem o bebê sobre meu peito e que minhas mãos estejam livres para segurá-lo.
- Gostaria de permanecer com o bebê no contato pele a pele enquanto estiver na sala de cirurgia sendo costurada.
- Também gostaria de amamentar o bebê e ter alojamento conjunto imediato.
- Tenho alergia ao medicamento \_\_\_\_\_

Agradeço muito a equipe envolvida e a ajuda para tornar esse momento especial.

Muito obrigada,

Cidade: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Mãe

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pai

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pediatra

🏠 Av T 63, Ed New World Sala 710, Setor Bueno, Goiânia - GO

☎ 62 9 9933 1632

📷 @p.alemdoventre