

PRÉ-NATAL INTEGRAL (PNI): A CONSTRUÇÃO DE UM MODELO DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA COM GESTANTES

Miria Benincasa

Hugo Tanizaka

Adriana Navarro Romagnolo

Hilda Rosa Capelão Avoglia

Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo-SP, Brasil

Maria Geralda Viana Heleno

Associação Brasileira de Psicologia da Saúde, São Paulo-SP, Brasil

RESUMO

O objetivo deste estudo foi descrever a construção de um modelo de intervenção para gestantes. Trata-se do resultado de uma pesquisa que contou com 90 mulheres no puerpério, recrutadas por conveniência, por meio do modelo de *snowball sampling*. Todas as participantes foram submetidas a entrevistas semiestruturadas que se propunham a investigar gestação, parto e, profundamente, dificuldades na experiência de pós-parto. Foi realizada uma análise de conteúdo categorial resultando em quatro categorias que cumpriram os critérios de homogeneidade, exaustão e pertinência, sendo elas: Relacionamento Conjugal; Vínculo Mãe-Bebê; Família e Rede de Apoio; Pós-Parto e Ansiedades próprias desse período. O Pré-Natal Integral foi construído a partir da adaptação destas quatro categorias em 12 sessões temáticas com grupo fechado de gestantes.

Palavras-chave: Pré-Natal Psicológico, Psicologia na Perinatalidade; Saúde Materno-Infantil; Parentalidade.

INTEGRAL PRENATAL (PNI): THE CONSTRUCTION OF A PSYCHOLOGICAL INTERVENTION MODEL WITH PREGNANT WOMEN

ABSTRACT

The aim of this study was to describe the construction of an intervention model for pregnant women. This is the result of a survey that included 90 postpartum women, recruited by convenience, using the snowball sampling model. All participants underwent semi-structured interviews that aimed to investigate pregnancy, childbirth and, in depth, difficulties in the postpartum experience. A categorical content analysis was performed resulting in four categories that met the criteria of homogeneity, exhaustion and relevance namely: Marital Relationship; Mother-Baby Bond; Family and Support Network; Postpartum and Anxieties of this period. The Comprehensive Prenatal was built from the adaptation of these four categories in 12 thematic sessions with a closed group of pregnant women.

Keywords: Psychological Prenatal; Psychology in Perinatality; Maternal and Child Health; Parenting.

PRENATAL INTEGRAL (PNI): LA CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON EMBARAZADAS

RESUMEN

El objetivo de este ensayo fue describir la construcción de un modelo de intervención para embarazadas. Se trata del resultado de un ensayo que participaron 90 mujeres en puerperio, seleccionadas por conveniencia, por medio del modelo de *snowball sampling*. Todas las participantes fueron submetidas a entrevistas semiestructuradas con el objetivo de investigar embarazo, parto y, profundamente, dificultades en la experiencia posparto. Se realizó un análisis de contenido categórico que dio como resultado cuatro categorías que cumplían los criterios de homogeneidad, agotamiento y relevancia: Relación conyugal; vínculo madre-bebé; familia y red de apoyo; posparto y ansiedades propias de este periodo. El Prenatal Integral se construyó a partir de la adaptación de estas cuatro categorías en 12 sesiones temáticas con un grupo cerrado de mujeres embarazadas.

Palabras clave: Psicología prenatal, psicología en la perinatalidad; salud materno-infantil; paternidad.

A perinatalidade vem recebendo cada vez mais atenção tanto na academia quanto na gestão de políticas públicas (Benincasa et al., 2019; Benincasa et al., 2021; Delle Fave et al., 2017; Dennis & Dowswell, 2013; Konradt et al., 2015; 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 (Benincasa et al., 2022; Dennis & Dowswell, 2013; Konradt et al., 2015; Negron et al., 2013; Silva et al., 2021;).

Este momento do ciclo vital pode gerar impactos positivos e/ou negativos no desenvolvimento da mulher, do bebê e da família (Konradt et al., 2011; Mortensen et al., 2012; Silva, 2010; Yoshimoto et al., 2021). 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; Yoshimoto et al., 2021). 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. 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.

O modelo tecnocrático presente na assistência obstétrica por vezes negligencia as vulnerabilidades afetivas e relacionais deste período (Benincasa et al., 2022; Carvalho & Benincasa, 2019). O ciclo gravídico-puerperal, contudo, impõe mudanças provisórias e permanentes em várias dimensões da vida – fisiológica, psicológica e social – que revelam a urgência em oferecer cuidado de maneira integral durante todo o ciclo gravídico-puerperal (Benincasa et al., 2019; Benincasa et al., 2022; Carvalho & Benincasa, 2019; Silva et al., 2021).

Considerando a gestação como um momento de impacto, pesquisas têm sido desenvolvidas a fim de voltar a atenção para a saúde mental nessa etapa do ciclo de vida (Benincasa et al., 2022; Carvalho & Benincasa, 2019; Silva et al., 2021; Yoshimoto et al., 2021). Romagnolo et al. (2017a), em uma revisão sistemática entre os anos de 2006 e 2016, com o objetivo de identificar modelos de avaliação e intervenção com gestantes, encontraram três artigos que revelavam os benefícios da assistência psicológica durante a gestação, sendo apenas um deles no Brasil. Outra revisão sistemática (Benincasa et al., 2021) com o objetivo de descrever modelos de intervenção psicológica durante a gestação entre os anos de 2009 a 2019, destacou 10 estratégias, sendo oito com evidentes resultados positivos a médio e longo prazo. Nessa pesquisa foram incluídos estudos que apresentavam de forma consistente a proposta de intervenção, recursos teóricos e técnicos adotados e desfechos mais importantes. Os resultados mostram que a Psicologia, ao adaptar os recursos teóricos e técnicos à cada população específica (grau de instrução; gestação de risco/risco habitual; acesso a recursos sociais e de saúde; etc.), contribui 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.

O acesso a estas revisões sistemáticas contribuíram para que as pesquisadoras formatassem um modelo de intervenção que, neste estudo, é chamado de PNI. O modelo intitulado Pré-Natal Psicológico (PNP) teve um importante destaque na referida revisão sistemática por ter se apresentado em quatro produções diferentes, frequentemente, com gestantes de baixo risco e com objetivos relacionados à prevenção e promoção da saúde (Benincasa et al., 2021). O modelo de Pré-Natal Integral (PNI) proposto no presente trabalho teve inspiração no Pré-Natal Psicológico (PNP), considerando a relevância dos resultados apresentados (Arrais et al., 2012; Benincasa et al., 2019). A adoção do termo “Integral” no lugar de “Psicológico” deveu-se à inserção de outros profissionais de saúde em sessões específicas no modelo que será descrito a seguir, enquanto os relatos acessados sobre o segundo revelam a presença apenas do profissional psicólogo (Arrais et al., 2018; Arrais et al., 2014; Arrais et al., 2012; Benincasa et al., 2019).

O objetivo deste estudo foi descrever a construção de uma tecnologia social intitulada de Pré-Natal Integral (PNI). Como objetivos específicos têm-se: descrever a sua origem, sustentada pelas falas das mulheres avaliadas; destacar o sofrimento psicológico relatado pelas participantes como relevantes; descrever a forma com as categorias de análise de conteúdo se transformaram em temas a serem trabalhados nos grupos.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa exploratória, transversal com análises qualitativas e quantitativas com amostra por conveniência, não probabilística composta de 90 mulheres (Tabela 1). Os critérios para inclusão na amostra foram: serem primíparas, podendo não ser

primigesta; ter bebê (s) até 36 meses; ter tido gestação de risco habitual; estar em uma relação estável e não ter tido parto prematuro. Os instrumentos utilizados para avaliação foram: a) Entrevista semiestruturada para investigar três grandes temas: Gestação, Parto e Pós-Parto. Investigou-se também a vida pregressa da gestante, especialmente, relação familiar, desejo de ter filhos, planejamento familiar, história de abortamento, vida sexual e reprodutiva; b) Questionário Sociodemográfico composto de 25 questões objetivas sobre dados pessoais, financeiros, ocupacionais, questões relacionadas ao período gestacional, ao parto, ao pós-parto e à saúde do bebê. Foi desenvolvido pelas próprias pesquisadoras.

O estudo foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), e, antes do início da coleta de dados, foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Metodista de São Paulo (CEP-UMESP): Número do Parecer: 896.875, CAAE: 39023514.1.0000.5508.

As participantes foram acionadas por meio do método *snowball sampling* (Baltar & Brunet, 2012; Handcock & Gile, 2011) e grupos públicos ou postagens em redes sociais. Diante do retorno, contataram-se as participantes por telefone e, posteriormente foram agendados os encontros presenciais. A coleta de dados deu-se, ou na residência das participantes ou na clínica da universidade.

As entrevistas foram transcritas para realização de análise de conteúdo temático – categorial (Oliveira, 2008). A partir de uma leitura exaustiva e flutuante das primeiras 20 entrevistas determinou-se hipóteses provisórias sobre o material, chamadas de Unidades de Registro (UR). Em um segundo momento, estabeleceu-se Unidades de Significação (US), sob a qual se reuniam um conjunto de UR. A partir destas definições e quantificação dos temas apresentados nas entrevistas, estes foram agrupados a partir dos critérios empíricos, na seguinte ordem: Homogeneidade, Exaustividade e Pertinência. Esta análise inicial, para definição das categorias, foi realizada pelas pesquisadoras mais experientes do grupo que, após concordância das categorias, contou com o apoio de outras colaboradoras para a leitura das outras 70 entrevistas e organização dos conteúdos das categorias propostas. Os resultados apresentados a seguir referem-se, exclusivamente, às categorias que cumpriram os critérios de Homogeneidade, Exaustividade e Pertinência. Este processo teve duração de quatro anos para atingir o resultado que será apresentado aqui.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Das 90 participantes avaliadas (Tabela 1), no que se refere a raça, há predominância de mulheres brancas 55 (61%). Observa-se maior concentração de mães com idade entre 20 e 35 anos 73 (82%), com filhos, em média, de 15 meses. Quanto à escolaridade 57 (63%) têm superior completo e pós-graduação.

Tabela 1

Caracterização da Amostra

Dados de Identificação	Variáveis	Frequência	Porcentagem
Raça	Branca	55	61%
	Negra	09	10%
	Parda	24	27%
	Outros	02	02%
Idade (anos)	18 a 19	03	03%
	20 a 24	16	18%
	25 a 30	27	30%
	31 a 35	30	34%
	36 a 40	09	10%
	41 a 45	03	03%
	Acima de 46	02	02%
Escolaridade	Fundamental completo	01	01%
	Médio incompleto	02	02%
	Médio completo	16	18%
	Superior incompleto	14	16%
	Superior completo	33	37%

Os resultados foram analisados qualitativamente e organizados em categorias, sendo que quatro cumpriram os critérios de Homogeneidade, Exaustividade e Pertinência, conforme indicado no método. São elas: Categoria 1 – Relacionamento Conjugal, Categoria 02 – Vínculo Mãe-Bebê; Categoria 03 – Família e Rede de Apoio, Categoria 04 – Pós-Parto e ansiedades próprias desse período. Observou-se, porém, que quatro categorias, mesmo não cumprindo todos os critérios, revelaram-se pertinentes, sendo elas: Categoria 05 – Transtornos Psíquicos no pós-parto, Categoria 06 – Amamentação; Categoria 07 – Sexualidade e Feminilidade e Categoria 08 - Modelos de Assistência ao Parto. Por não cumprirem o critério de homogeneidade definido no método, estas categorias não terão seus resultados apresentados e discutidos neste estudo.

CATEGORIA 1 – RELACIONAMENTO CONJUGAL

Esta foi a categoria mais exaustivamente apresentada e todas as participantes indicaram relacionamento estável e heterossexual no momento da coleta de dados. Observou-se certo consenso entre as participantes de que muitas mudanças ocorrem na rotina do casal após a chegada do primeiro filho e que há necessidade do casal se adaptar a essa nova condição (Benincasa et al., 2022; Mortensen et al., 2012). Os relatos das mulheres sobre “Relacionamento Conjugal” referiram-se, à três temas principais: participação efetiva do companheiro nas atividades da casa, incluindo iniciativa nas rotinas necessárias; restrições sociais exigidas pela presença de um filho bebê e cuidados com o bebê. As análises dos dados conduziram as pesquisadoras a incluir o envolvimento do parceiro, segundo a perspectiva da mãe, em três modalidades, que são: a) altamente engajado; b) parcialmente engajado; c) pouco engajado.

O primeiro grupo percebe o companheiro com iniciativa, autonomia e sensibilidade para responder às demandas tanto da casa quanto do bebê, sendo que aqui se concentrou 18% das participantes. Verifica-se este conteúdo nas seguintes falas emblemáticas: “A noite ele acorda, pega ele (o bebê) e traz para eu amamentar e depois leva de volta. Toda noite, todas as vezes que forem necessárias.” “Eu e ele fazemos tudo, comida, lavamos roupa, trocamos, damos banho (...), só mamar que tem que ser eu, né? Mas eu acho bom, enquanto eu amamento ele limpa a casa (risos)”.

O segundo grupo, “parcialmente engajado” (61% das participantes), é apresentado como um companheiro solícito, mas que deve receber instruções. Elas indicam pouca autonomia e iniciativa, apesar de evidente boa vontade, como pode ser identificado nas seguintes falas: “Se

eu precisar que ele fique comigo, que ele faça alguma coisa, é só eu pedir. Aí ele faz.” “Ele está sempre disposto a me ajudar, mas eu que tenho que dizer pra dar banho, fazer comida, limpar a casa. Se não disser, ele (o bebê) fica sujo e ficamos em jejum (...).”

O grupo nomeado como “pouco engajado” (11% das participantes), refere-se àqueles parceiros identificados como indisponíveis tanto para rotina da casa quanto para os cuidados do bebê. Revelaram-se pouco predispostos a mudar sua rotina para adaptar-se à nova realidade. Essas percepções podem ser exemplificadas em algumas falas: “No começo até achei que ele ajudaria, mas quando vi que não dava pra esperar nada, procurei ajuda da minha família.” “Algumas coisas são sagradas para ele, por exemplo, o futebol e o happy hour. Ele (o bebê) pode estar com febre que ele não deixa de fazer suas coisas.”

O envolvimento do companheiro, no grupo “altamente engajado” é percebido como fator de proteção para as mulheres. Os resultados que surpreenderam as pesquisadoras foram verificados ao comparar o grupo de mães da categoria “pouco engajado” com o de “parcialmente engajados”. No primeiro observa-se um reconhecimento a priori dos poucos recursos do companheiro para o exercício das atividades domésticas e parentais que levaram as participantes a buscarem compensações por meio da confecção de rede de apoio alternativa. Entre as participantes do grupo que relataram como “parcialmente engajado” a forma de parentalidade e conjugalidade houve maior presença de depressão pós-parto e de baby blues.

Um estudo de coorte com 71.504 mães no período de pós-parto revelou a homogeneidade no aumento da insatisfação com a conjugalidade na transição para a parentalidade (Mortensen et al., 2012), corroboram os resultados do presente estudo e outro realizado na Itália (Delle Fave et al., 2017). Os autores indicam que a insatisfação é progressivamente pior quando não são supridas as expectativas relacionadas à parentalidade, conforme demonstrado nas falas a seguir: “Ele é meu funcionário. Incapaz de fazer qualquer coisa sozinho. Se eu pedir ele faz, mas, preciso dizer que a fralda esta suja? Ele não está vendo?”

Entre as participantes do grupo “parcialmente engajado”, as expectativas que tinham sobre seus companheiros foram frustradas resultando em maior sentimento de solidão e de sofrimento quando comparado aos outros dois grupos. É importante destacar que os companheiros não foram avaliados e as informações coletadas no presente estudo referem-se, exclusivamente, a percepção das participantes sobre seus parceiros e não sobre o comportamento dos mesmos.

Estudos nacionais e internacionais mostram que a experiência de pouca reciprocidade no exercício da parentalidade tendem a impactar na conjugalidade (Konradt et al., 2011; Silva, 2010; Romagnolo et al. 2017a) e provocar sentimento de abandono, insegurança e solidão (Dennis & Dowswell, 2013; Konradt et al., 2011; Mortensen et al., 2012; Negron et al., 2013). Quando o relacionamento com o parceiro é vivido como mais seguro, como das participantes do grupo “altamente engajados” as dificuldades e obstáculos da maternidade tendem a gerar menos sofrimento, visto haver garantia de compartilhamento dos riscos e desafios (Dennis & Dowswell, 2013; Konradt et al., 2011; Negron et al., 2013).

CATEGORIA 2 – VÍNCULO COM O BEBÊ

Este tema esteve muito presente nas entrevistas. Foi sugerido pelas pesquisadoras como questão norteadora e os resultados revelaram-se tão diversos quanto ambíguos. Diversos por apresentar, por um lado, falas indicando estranhamento com o bebê, o não reconhecimento da maternidade e, por outro lado, desejo de fundir-se ao bebê. Revelaram-se também ambíguos por mostrarem, tanto um vínculo positivo quanto negativo com a maternidade. Estes resultados confirmam outros encontrados na literatura (Andrade et al., 2017; Benincasa et al., 2019; Romagnolo et al., 2017b).

Para compor esta categoria, as pesquisadoras dividiram as participantes em quatro grupos, segundo o conteúdo apresentado: I – Vínculo e desejo instalados previamente à gestação que se manteve progressivamente no pós-parto; II – Vínculo e desejo instalados durante a gestação com redução temporária de desejo durante o puerpério e retorno progressivo no pós-parto; III – Vínculo e desejo instalados durante a gestação com queda duradoura de desejo e manutenção do vínculo durante o pós-parto; IV – Vínculo e desejo pouco manifestados durante gestação e pós-parto.

No grupo I (16% das participantes), os relatos revelavam um desejo de ter filhos reconhecidamente antigo e que veio se consolidando durante a gestação. Entre estas participantes, ter filhos era prioridade reconhecida indiscutível, já verificada durante infância e adolescência. A grande maioria destas mães haviam tido a experiência prévia de cuidar de um bebê, seja irmão mais novo ou parente próximo. As falas que exemplificam estas participantes foram: “Nasci para ter filhos. Criei meus irmãos e primos. Agora é o meu.” “Sempre quis ter filhos, desde criança”.

O grupo II foi composto pelo maior número de mulheres (70% das participantes). Embora demonstrassem ter desejo e vínculo reconhecidos durante a gestação, no período de puerpério os afetos ambíguos foram muito presentes, principalmente, durante os dois primeiros meses do nascimento do bebê. As falas revelavam interesse em exercer a maternidade, entretanto, acompanhado do sentimento de incompetência para realizar com qualidade essa atividade. Esta vivência pode ser exemplificada por falas sobre amar o bebê quando dormia ou mamava e odiar quando chorava de madrugada e querer cuidar e abandonar. Alguns relatos emblemáticos foram: “Foi tudo tão difícil. Eu achava que ela ia nascer e eu me apaixonar. Não foi assim. Comigo não foi. Eu tive que conviver com ela e, aos poucos, ir me apaixonando. Ninguém nunca me disse que seria tão difícil.” “Tenho vergonha de falar, mas muitas vezes eu quis jogá-lo (o bebê) pela janela. Mas ele é o amor da minha vida.”

No grupo III (9% das participantes) estavam as participantes que relataram a presença de vínculo e desejo pelo bebê durante toda a gestação, mas que, após o nascimento, houve redução do interesse, mantendo-se certo distanciamento por tempo superior aos 60 dias iniciais ao parto. As falas emblemáticas das participantes deste grupo foram: “Eu não gostava dela (a bebê). Não queria ficar com ela. Queria a minha vida de volta, meu corpo de volta. Aos poucos fui gostando. Hoje amo mais do que a mim mesma.”

O grupo IV (5% das participantes) inclui aquelas mulheres que revelaram pouco vínculo até o momento da coleta de dados. Neste grupo foram inseridas apenas mães de bebês com mais de 12 meses. Independentemente de o bebê ser desejado ou não, planejado ou não, como percebeu-se nesta amostra, o vínculo pode se estabelecer com maior ou menor intensidade durante a gravidez (Silva et al., 2013). Neste período, o bebê idealizado deverá se tornar um bebê real podendo gerar impactos positivos ou negativos (Silva et al., 2013).

CATEGORIA 3 – FAMÍLIA E REDE DE APOIO

Nesta categoria foram inseridas duas subcategorias, a família e a rede de apoio. Como família foram incluídos os parentes de primeiro a terceiro graus, tanto da mãe quanto do companheiro que foram importantes durante o pós-parto, seja como fator de proteção seja como fator de risco. Na subcategoria rede de apoio foram inseridas as pessoas que colaboraram com este processo, podendo ser, amigos, babás ou enfermeiras. Neste caso, todas foram classificadas como fator de proteção.

Entre as falas relacionadas à subcategoria família observou-se que em 48% das indicações de familiares como fatores de risco, os relatos das participantes revelavam pessoas com comportamentos invasivos ou negligentes entre os familiares das participantes. É

importante destacar que, mesmo entre as mães que apontavam familiares como negligentes ou invasivos, referiam-se a outros familiares como colaboradores e adequados.

Quando o familiar era reconhecido como invasivo seus comportamentos foram descritos como: dificultar à mãe ou ao pai o exercício da parentalidade; desqualificar a habilidade ou a maneira dos pais cuidares; criticar organização da rotina; sugerir mudanças; entre outros. Algumas falas que representam as famílias sentidas como invasivas foram: “Tudo ela (a mãe) dizia: não faz assim, não vai dar certo, assim é melhor. Briguei tão feio com ela (chorando). Sei que ela só queria o meu bem, mas estava me sentindo sufocada, me achando um lixo (...)” “Quando ele (bebê) nasceu, minha sogra foi pra minha casa e não saiu mais (...) Eu tive que expulsá-la de lá (...). Me sentia horrível, era como se eu fosse a pessoa mais incompetente do mundo como mãe. Só o jeito dela valia (...). Ele (marido) me olhava como se eu fosse uma coitada que não sabe fazer nada.”

Quanto às famílias indicadas como negligentes, também consideradas aqui como fator de risco, os relatos mostraram a percepção de distanciamento afetivo ou abandono após o nascimento do bebê. Algumas falas emblemáticas foram: “Minha mãe disse ainda na maternidade: toma que o filho é teu. Pariu, agora cuida. Não vou ficar cuidando pra você (...). Dito e feito, ela nunca fica com ele (bebê), por mais que eu precise.” “Não adianta contar com a minha sogra. Já pedi ajuda, mas ela não quer. Não gosta de mim e parece que da minha filha também não. Tudo bem não gostar de mim, mas faz pelo filho dela, né? É neta dela? O que custa? Só pra eu poder comer, tomar banho (...). Ela mora do meu lado, prefere ficar vendo televisão a olhar ela (bebê) um minutinho, só pra eu escovar os dentes.” “Minha mãe disse que ia se afastar porque eu tinha que aprender a ser mãe. Falou que ia ser bom pra mim (...). Mas eu sinto tanta falta, me sinto tão sozinha.”

A família foi reconhecida como fator de proteção por 78% das mães, ou seja, colaboradores, acessíveis e adequados. As falas revelavam que o apoio recebido foi decisivo para a transição à maternidade. Verifica-se, também, que o envolvimento de familiares apresentava-se mais necessária quanto menor o engajamento do parceiro nos cuidados da rotina e do bebê. Algumas falas foram: “Eu sabia que ele (companheiro) não conseguiria me ajudar muito (...) Quando fiquei grávida já sabia que minha mãe que ia ficar comigo (...). Não sei o que seria de mim sem ela.” “(...) Eu tive depressão. Não conseguia ficar com ela (...). Mas também não queria ela longe (...) Minha mãe e minha sogra me deram toda assistência nesse período. Eu não conseguia cuidar, sabe?”

Considerando a subcategoria rede de apoio, 4% das participantes contrataram babás ou cuidadoras para ajudar com os cuidados do bebê antes deste completar o 6º mês de vida. Tratou-se de profissionais especializadas, vizinhas e conhecidas. As mães que deveriam retornar ao trabalho após 4 meses de licença maternidade foram as que mais recorreram a esta solução, visto que as creches e escolas de educação infantil tendem a admitir bebês com idade igual ou superior a 6 meses. 8% das mães recorreram a enfermeiras, frequentemente, de bancos de leite, com o intuito de colaborar com a amamentação exclusiva.

Observou-se maior expressão de bem-estar e de afetos positivos entre as mães que contavam com a presença de uma rede de apoio que considerava confiável e colaborativa. A literatura mostra que este suporte é fundamental nesse período da vida, sendo determinante para o processo de adaptação à maternidade (Delle Fave et al., 2017; Dennis & Dowswell, 2013; Negron et al., 2013; Romagnolo et al., 2017a).

Os fatores de risco associados ao sofrimento mental descritos na literatura, além da hipótese genética são: relação marital precária, vivências de eventos estressantes, história de depressão ou ansiedade na gestação, pouco suporte social, histórico familiar de depressão, entre outros (Benincasa et al., 2019; Benincasa et al., 2022; Konradt et al., 2011; Silva, 2010). Alguns

estudos indicam que o apoio da equipe ou de pessoas íntimas durante o parto, pode aumentar a concentração de afetos positivos, facilitar uma melhor adaptação desta mulher à maternidade e, conseqüentemente, maior sensação de bem-estar (Benincasa et al., 2022; Romagnolo et al., 2017b Rosa et al., 2010). O suporte social ou rede de apoio, neste estudo, correspondeu ao suporte tanto afetivo quanto nas demandas práticas. O apoio prático está relacionado à rotina de cuidados da mãe (alimentação, cuidado da casa, etc.) e do bebê.

CATEGORIA 4 – PÓS-PARTO E ANSIEDADES PRÓPRIAS DESSE PERÍODO

Optou-se por incluir em uma só categoria, várias situações geradoras de desconforto na rotina do pós-parto. Os temas foram divididos em três subcategorias: as relações com o tempo, com os medos e com as carências. Discutir estes temas com a literatura foi um trabalho árduo para as pesquisadoras, visto que as pesquisas giram entorno da presença de apenas um sofrimento durante o pós-parto: a depressão (Benincasa et al., 2022; Carvalho & Benincasa, 2019; Konradt et al., 2011), sendo todas as outras dificuldades negligenciadas.

As participantes da primeira pesquisa, entretanto, trazem discussões prolongadas sobre uma série de incômodos durante a rotina que influenciavam na classificação pessoal de bem-estar de forma mais ou menos intensa. A literatura científica que aborda tais temas ainda é incipiente e tímida, que vem revelando a necessidade de se refletir sobre os aspectos psicológicos da saúde materno-infantil não apenas com a presença de sintomas psicopatológicos, mas na perspectiva de promoção de saúde (Delle Fave et al., 2017; Romagnolo et al., 2017a).

Nas relações com o tempo, primeira subcategoria, a presença mais constante foi a dificuldade de lidar tanto com as rotinas da casa quanto com as demandas do bebê, os cuidados pessoais e as necessidades fisiológicas em um período de 24h/dia. A restrição de sono durante os primeiros meses foi apontada como geradora de maior sofrimento, sendo seguida por dificuldade em administrar os cuidados da casa, tais como lavar, passar, limpar, cozinhar e os cuidados com o bebê (banho, amamentação, sono, fraldas, choro, etc.). Outro tema abordado nesta subcategoria foram as visitas ao bebê e as dificuldades que essa prática oferece. As falas relacionadas a esta subcategoria foram apresentadas de forma insistente pelas participantes e, a seguir, serão destacadas algumas delas: “Minha casa ficou uma bagunça, não tinha tempo de organizar nada. Ainda bem que minha irmã, às vezes, passava lá e ajeitava pra mim”. “Meu marido saiu de manhã para o trabalho, chegou à noite, me viu de camisola e perguntou: você não fez nada o dia inteiro? Quis matá-lo. Não tinha parado um minuto. Não tinha comido nada (...) A sorte é que ele (bebê) mama no peito. Nem tinha feito comida.” “Não me conformo. Chegavam (as visitas) lá, sentavam e esperavam eu servir café e bolachinha. Você acredita? Não tinha conseguido nem almoçar e ia atrás de bolachinhas?”

Delle Fave et al. (2017) encontraram resultados parecidos, apontando como fator de risco o pouco tempo que a mulher tem para se dedicar a todas as exigências da maternidade. Foi possível observar que as próprias participantes reconhecem que, provavelmente, teria sofrido menos se tivessem sido preparadas para estas situações, poderiam ter lidado com mais facilidade, antecipando as soluções, seja acionando a rede de apoio, impedindo as visitas ou congelando comida.

Quanto à subcategoria “medos”, os mais frequentes foram: de não ser boa mãe e de não dar ao bebê tudo o que ele precisa; de não conseguir responder à todas as atribuições da maternidade; de não conseguir retornar ao trabalho; do corpo não voltar à forma anterior, de não ser uma mulher desejável. Estes conteúdos se apresentaram de alguma forma, em todas as entrevistas, com maior ou menor intensidade. As falas a seguir são exemplos dessa subcategoria: “É muito difícil ser mãe. A gente tem muitas dúvidas. Será que devo deixar

brincar na areia? E se tiver xixi de cachorro? Será que devo bater quando faz coisa errada? Será que devo deixar dormir na minha cama? Sei lá! São tantas dúvidas. Leio sem para e parece que fico ainda com mais dúvidas.” “Até hoje não sei se serei boa mãe. A gente só sabe isso lá na frente, né? Não tem receita (...). Mas, nos primeiros meses me sentia a pior mãe do mundo. Não conseguia dar conta sozinha de tudo o que tinha que fazer”, “Eu tenho vergonha de falar isso, mas eu pensava todos os dias: todas as mulheres conseguem, porque eu não consigo. Será que não tenho instinto materno? (...)”

A última subcategoria é “carências”, tais como: ter que ficar trancada com o bebê, abrindo mão de vida social e diversão; não ser compreendida pelos outros, especialmente, quando reclama ou chora. É possível observar que, assim como nas outras subcategorias, as próprias participantes oferecem sugestões de como enfrentar estas dificuldades. Algumas mães foram ao encontro de soluções efetivas, tais como, redes virtuais de mulheres em situação de pós-parto, casas de apoio à maternidade e grupos de amamentação; outras lidaram com as carências, medos e desconfortos sozinhas. Verifica-se nas seguintes falas: “Quando eu encontrei o Y (grupo de mães em uma rede social) que tudo ficou mais fácil. Tinha com quem conversar. Por meses não conhecia ninguém. Quando a Z (filha) tinha três meses fiz questão de ir a um encontro delas só para agradecer a ajuda.” “Me sentia tão sozinha (...) mesmo com todo mundo me ajudando (...). Parece que ninguém entendia o que eu estava sentindo, o quanto estava sendo difícil. Eu me sentia gorda, triste, incompetente.”

Esta categoria, apesar de ter cumprido nesta pesquisa os critérios de homogeneidade e exaustividade entre as participantes, não se apresenta unânime na literatura. Em um estudo realizado na Itália, as participantes, ao avaliarem atividades de lazer e o “mundo exterior” à família nuclear recém-inaugurada pela chegada do bebê, descreveram que tudo externo à família é importante durante os primeiros seis meses da criança. As mães descreveram o sentimento de felicidade associado, exclusivamente, às relações, expectativas e rotina existentes no lar e não fora dele (Delle Fave et al., 2017). Este resultado pode estar relacionado à diferença de amostra (17 participantes na Itália e 90 no presente estudo) ou diferenças culturais.

O PRÉ-NATAL INTEGRAL (PNI)

O PNI foi um modelo de assistência à gestante construído a partir dos resultados apontados neste estudo. Sua operacionalização foi estruturada em 12 sessões de 90 minutos semanais, sendo uma (1) de apresentação, oito (8) temáticas e três (3) com temas livres, que podem ser sugeridos pelas próprias participantes do grupo, buscando contemplar as demandas peculiares de cada formação grupal.

A composição das integrantes do grupo é feita por meio do método *snowball sampling* que, diante da possibilidade de intervenções presenciais, é feita com o objetivo de atingir apenas pessoas da região geográfica em que seriam realizadas as sessões. Durante a pandemia, com a possibilidade apenas de encontros virtuais, a divulgação foi feita em redes sociais mais amplas, como *instagram* e *facebook*. Os critérios para participação do PNI são estar gestante com até 24 semanas na data da primeira sessão. Antes do primeiro encontro todas as candidatas a integrar o PNI são submetidas a uma entrevista semiestruturada, com vistas tanto para avaliar a pertinência ao grupo (quadros psicóticos são encaminhados para atendimentos individuais) quanto para apresentar a proposta. A primeira sessão, invariavelmente, é de apresentação e de definição de um contrato para as sessões subsequentes.

As categorias apresentadas anteriormente compõem quatro sessões temáticas que cumpriram os critérios de Homogeneidade, Exaustividade e Pertinência, conforme determinação do método do presente estudo. Outras quatro categorias mostraram-se relevantes no discurso das participantes, mesmo não cumprindo o critério de homogeneidade, sendo elas

Categoria 5 – Transtornos Psíquicos no pós-parto, Categoria 6 – Amamentação; Categoria 7 – Sexualidade e Feminilidade e Categoria 8 - Modelos de Assistência ao Parto. Estes temas foram relevantes entre aquelas que vivenciaram experiências tais como: depressão pós-parto, dificuldade de amamentar ou foram vítimas de violência obstétrica. As participantes que tiveram partos respeitosos ou não se sentiram psicologicamente vulneráveis não fizeram referência a esses temas e, por isso, estas categorias não cumpriram o critério de homogeneidade.

Por se tratar de uma intervenção com gestantes e não estar determinado “à priori” quem vivenciaria estes eventos optou-se por incluir tais temas. Para falar de transtornos psíquicos no pós-parto, amamentação e tipos de parto, são convidados profissionais que não fazem parte da equipe principal, sendo: uma psiquiatra especialista em saúde mental perinatal, uma enfermeira consultora em aleitamento materno e uma obstetra, respectivamente. Trata-se de sessões informativas com abertura para esclarecimentos complementares sobre o tema. Por fim, a sessão sobre sexualidade e feminilidade é um desdobramento do tema relação conjugal, visto que este foi tema mais amplamente discutido entre as participantes deste estudo.

No PNI existem dois tipos de sessões: as informativas e as reflexivas. Todas começam com *check in* (10 minutos), onde as gestantes falam sobre como passaram a semana e finalizam com *check out* (10 minutos), em que elas contam como estão saindo do grupo. Como dito anteriormente, os temas Transtornos Mentais, Amamentação e Tipos de Parto referem-se às sessões informativas, organizadas na forma de aula, com 40 minutos finais para dúvidas, questionamentos e discussões. As outras sessões, com temas definidos pelo presente estudo, são realizadas em um formato reflexivo, composta por cinco etapas: *check-in* (10 minutos), aquecimento (5 minutos), desenvolvimento (45 minutos), fechamento (20 minutos) e *check-out* (10 minutos). Durante o aquecimento a equipe apresenta algo disparador do tema, que pode ser uma música, um vídeo curto, um poema, uma encenação, entre outras propostas preparadas previamente. O desenvolvimento é a reflexão e aprofundamento sobre o tema. No fechamento a coordenação resgata a discussão com possíveis soluções e encaminhamentos apresentados pelo grupo.

Este modelo de intervenção vem sendo realizado e encontra-se, atualmente, em sua 11ª edição. As participantes que frequentaram o PNI são avaliadas novamente um ano após o parto. Após a 12ª edição os dados desta intervenção serão analisados com vistas a avaliar sua efetividade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PNI foi construído a partir de um estudo que tinha dois objetivos: 1. Investigar fatores de proteção e de risco para o sofrimento mental em mulheres durante o puerpério; 2. Elaborar um modelo de intervenção que minimizasse os fatores de risco e aumentasse os fatores de proteção.

O maior diferencial desta proposta, quando comparada àquelas expostas nas referidas revisões sistemáticas (Benincasa et al., 2021; Romagnolo et al., 2017b), foi que os temas emergiram dos dados apresentados pelas mulheres. Dessa forma foi possível criar categorias resultantes da análise de conteúdo, que foi desenvolvida por meio dos conceitos e propostas apresentadas pelas mulheres no período de pós-parto. Ou seja, as puérperas revelaram o que deveria ser trabalhado no puerpério. A academia, neste caso, foi um instrumento capaz de coletar informações, trabalhá-las e retorná-las gerando benefício para as mulheres.

As categorias descritas aqui como relevantes são: Relacionamento Conjugal; Vínculo Mãe-Bebê; Família e Rede de Apoio; Pós-Parto e Ansiedades próprias desse período, referem-

se exclusivamente a essas 90 mulheres, não podendo ser generalizada a todas as experiências de pós-parto. Os resultados, entretanto, sinalizaram áreas de vulnerabilidade psicológica, peculiares deste período do ciclo vital, que podem ser tanto investigadas quanto objeto de intervenção de profissionais da psicologia, com vistas à prevenção de sofrimento e promoção de saúde materno-infantil. Novas pesquisas devem ser realizadas para esclarecimento e aprofundamento destes temas.

REFERÊNCIAS

- Andrade, C. J., Silva B. M., & Benincasa, M. (2017). O vínculo mãe-bebê no período de puerpério: Uma análise winnicottiana. *Vínculo*, 14(1), 1-13. <https://www.redalyc.org/journal/1394/139452147004/html/>
- Arrais, A. R., Cabral, D. S. R., Martins, M. H. F. (2012). Grupo de pré-natal psicológico: Avaliação de programa de intervenção junto a gestantes. *Encontro: Revista de Psicologia*, 16(22). <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/renc/article/view/2480>
- Arrais, A. R., Araujo, T. C. C. F., & Schiavo, R. A. (2018). Fatores de risco e proteção associados à depressão pós-parto no pré-natal psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(4), 711-729. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003342016>.
- Arrais, A. R., Mourão, M. A., & Fragalle, B. (2014). O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Saúde e Sociedade*, 23(1), 251-264. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100020>
- Baltar, F., & Brunet, I. (2012). Social research 2.0: Virtual snowball sampling method using Facebook. *Internet Research*, 22(1), 57-74. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/10662241211199960/full/html>
- Benincasa, M., Andrade, C. J., Carvalho, M. T., & Heleno, M. G. V. (2022). Puerperal depression and other affective manifestations in pregnancy, delivery and postpartum. *EC Psychology and Psychiatry* 11(3).
- Benincasa, M., Freitas, V. B., Romagnolo, A.N., Januario, B. S., & Heleno, M. G. V. (2019). O pré-natal psicológico como um modelo de assistência durante a gestação. *Rev. SBPH*, 22(1), 238-257. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000100013&lng=pt&nrm=iso
- Benincasa, M., Lazarini, N., Andrade, C. J. (2021). Intervenção psicológica durante a gestação: Revisão sistemática da literatura. *ID on line. Revista de psicologia*, 15(56), 644-663, <https://doi.org/10.14295/idonline.v15i56.3163>.
- Carvalho, M. T., & Benincasa, M. (2019). Depressão pós-parto e afetos predominantes na gestação, parto e pós-parto. *Interação em Psicologia*, 23, 125-134.
- Delle Fave, A., Pozzo, M., Bassi, M., & Cetin, I. (2013). A longitudinal study on motherhood and well-being: developmental and clinical implications *Terapia Psicológica*, 31(1), 21-33. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78559051003>
- Dennis C. L., & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD001134. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub3>
- Handcock, M. S., & Gile, K. J. (2011). Comment: On the concept of snowball sampling. *Sociological Methodology*, 41(1), 367-371. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1111/j.1467-9531.2011.01243.x>.
- Konradt, C. E., Silva, R. A., Jansen, K., Vianna, D. M., Quevedo, L. A., Souza, L. D. M., Oses, J. P., & Pinheiro, R. T. (2011). Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. *Revista De Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 33(2), 76-79. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082011005000010>

- Mortensen, O., Torsheim, T., Melkevik, O., & Thuen, F. (2012). Adding a baby to the equation: married and cohabiting women's relationship satisfaction in the transition to parenthood. *Family Process*, 51(1), 122-139. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2012.01384.x>
- Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A., & Howell, E. A. (2013). Social support during the postpartum period: Mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Maternal and Child Health Journal*, 17(4), 616-623. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1037-4>
- Oliveira, D. C. D. (2008). Análise de conteúdo temático-categorial: Uma proposta de sistematização. *Revista de Enfermagem UERJ*, 16(4), 569-576. <http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2008/v16n4/a569-576.pdf>
- Robakis, T. K., Williams, K. E., Crowe, S., Kenna, H., Gannon, J., & Rasgon, N. L. (2015). Optimistic outlook regarding maternity protects against depressive symptoms postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 18(2), 197-208. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0446-3>
- Romagnolo, A. N., Costa, A. O., Souza, N. L., Somera, V. C. O., & Benincasa, M. (2017a). A família como fator de risco e de proteção na gestação, parto e pós-parto. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, 38(2), 133-146. DOI: 10.5433/1679-0383.2017v38n2p133
- Romagnolo, A. N., Figueiredo, D. E. A., Baccelli, M. S., Vizzotto, M. M., Gomes, M. B. Pré-natal psicológico: Uma revisão sistemática sobre os modelos de avaliação e intervenção psicológicas no mundo. In A. L. Oliveira, P. F. Castro, (Orgs.). *Psicologia: Diversos olhares*. Ed. Unitau, 2017b. <http://repositorio.unitau.br/jspui/handle/20.500.11874/4001>
- Rosa, R., Martins, F. E., Gasperi, B. L., Monticelli, M., Siebert, E. R. C., & Martins, N. M. (2010). Mãe e filho: Os primeiros laços de aproximação. *Esc. Anna Nery*, 14(1), 105-112. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100016&lng=en&nrm=iso
- Silva, A. P. A., Esteves, M. F. L., & Castro, F. V. (2013). Vinculação mãe bebê. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología*, 2(1), 729-736. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4644183>
- Silva, N. G. T., Zveiter, M., Almeida, L. P., Mouta, R. J. O., Medina, E. T., Pitombeira, P. C. P. (2021). Emotional demands during pregnancy and its consequences in the delivery process. *Research, Society and Development*, 10(9), e36810917884. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17884>.
- Silva, M. C. P. A. (2010). Consulta terapêutica: Um espaço potencial para a construção da parentalidade. *Jornal de Psicanálise*, 43(79), 143-154. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352010000200009&lng=pt&nrm=iso
- Yoshimoto, T. S., Andrade, C. J., & Benincasa, M. (2021). Women's experience towards perinatal grief: A psychodynamic understanding. *International Journal of Development Research*, 11(2), 44807-44810. <https://doi.org/10.37118/ijdr.21220.02.2021>

Submetido: 03/11/2021
Reformulado: 06/06/2022
Aprovado: 20/06/2022

Sobre os autores:

Miria Benincasa é docente do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo.

Hugo Tanizaka é Mestre em Psicologia da Saúde pela Universidade Metodista de São Paulo e doutorando em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo – USP.

Adriana Navarro Romagnolo é psicóloga e doutoranda em Psicologia da Saúde pela Universidade Metodista de São Paulo.

Hilda Rosa Capelão Avoglia é docente do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo.

Maria Geralda Viana Heleno é presidente da Associação Brasileira de Psicologia da Saúde (ABPSA).

Correspondência: miria.benincasa@gmail.com