

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
PSICOLOGIA E SAÚDE**



**Carolina Marchese Tirelli Rocha**

**Intervenção Psicossocial com  
Gestantes no Âmbito do SUS:  
Aplicação e Avaliação de Protocolo**

---

Universidade Federal de Ciências da Saúde  
de Porto Alegre

Porto Alegre

2021

**Carolina Marchese Tirelli Rocha**

# **Intervenção Psicossocial com Gestantes no Âmbito do SUS: Aplicação e Avaliação de Protocolo**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dra. Luciana Suárez Grzybowski

Porto Alegre

2021

### Catálogo na Publicação

Rocha, Carolina Marchese Tirelli

Intervenção psicossocial com gestantes no âmbito do SUS : aplicação e avaliação de protocolo / Carolina Marchese Tirelli Rocha. -- 2021.

90 f. : tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde, 2021.

Orientador(a): Profa. Dra. Luciana Suárez Grzybowski.

1. Intervenção psicossocial. 2. Gestação. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Cuidado pré-natal. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados  
fornecidos pelo(a) autor(a).

**Intervenção Psicossocial com Gestantes no Âmbito do SUS: Aplicação e  
Avaliação de Protocolo**

**BANCA AVALIADORA**

---

Profa. Dra. Angélica Paula Neumann

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

---

Profa. Dra. Milena da Rosa Silva

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Profa. Dra. Daniela Centenaro Levandowski

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Porto Alegre

2021

Dedico este trabalho a todas as mulheres que se aventuram em uma das tarefas mais difíceis: o maternar. Em especial, a minha mãe.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha família, por me motivar a buscar os meus objetivos. Mesmo com suas imperfeições, foram seio de ternura e de segurança.

Aos meus pais, um agradecimento especial por todo o investimento psíquico desde o dia em que descobriram a minha vinda ao mundo. Sem vocês, nada disso seria possível. Minha mãe, minha certeza de pouso seguro. Meu pai, incentivador de voos altos.

Aos meus lindos sobrinhos Laura, Bella e Kody, por serem a parte mais doce da vida.

Aos meus amigos, por serem a certeza de risada compartilhada e a parte leve da vida quando tudo parecia tão turbulento. Obrigada por estarem ao meu lado.

Ao meu namorado e futuro marido, por ter acreditado na minha força quando eu mesma não enxergava a linha de chegada. Teu amor, proteção e parceria me mantiveram caminhando.

Agradeço à minha colega e parceira de mestrado, que desde o primeiro dia de aula se mostrou tão humana. Obrigada por ter sido fonte de inspiração ao longo desse processo.

Agradeço de coração às bolsistas de graduação que foram incansáveis nas tarefas propostas e, com certeza, fizeram diferença na construção deste trabalho.

Um grande agradecimento a minha orientadora, que foi fonte de acolhimento e suporte enquanto o mundo nos colocava frente a um dos maiores desafios da humanidade. Obrigada por não soltar a mão das tuas orientandas e por sempre nos direcionar ao melhor caminho.

Às queridas participantes deste estudo, que me permitiram fazer parte de um momento tão importante de suas vidas.

E a mim, que mesmo diante de mares agitados, segui firme em direção aos meus ideais.

Por elas... por todos os corações peregrinos...  
que sempre possam se encontrar e não  
passar sem se ver, mas que permaneçam  
perto umas das outras e que se fortaleçam, e  
com isso fortaleçam os perímetros e portais do  
mundo da alma confiados à sua guarda.

Clarissa Pinkola Estés

## RESUMO

O ciclo gravídico-puerperal é marcado por mudanças em nível biopsicossocial. Tais mudanças envolvem, para além de alterações biológicas, transformações psicossociais que impactam a vida da mulher e sua família. A chegada de um bebê é um momento delicado, que requer um manejo adequado frente aos desafios que a nova família enfrentará, pois pode se caracterizar como um momento de vulnerabilidade psicoemocional para a mulher e sua família. Contudo, o modelo de pré-natal vigente ainda prioriza os cuidados físicos da mãe e do bebê, restringindo de seu escopo o atendimento às questões psicossociais envolvidas no ciclo gestacional. Ainda hoje, observa-se um pré-natal com caráter predominantemente biomédico. Frente a este cenário, há a necessidade de desenvolver modelos de intervenção no pré-natal que ampliem o cuidado para além da lógica biologicista, incluindo os aspectos psicológicos, familiares, sociais e culturais inerentes a este processo. Concernente a isso, o formato grupal de pré-natal vem se constituindo como uma possibilidade de ação em saúde, oferecendo uma assistência mais integrativa. Nesse sentido, com o objetivo de aplicar e avaliar uma intervenção psicossocial no pré-natal, realizou-se uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, com usuárias do SUS de uma região distrital de saúde do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Participaram da pesquisa quatro mulheres gestantes, com tempo gestacional médio de 11,3 semanas no início do protocolo. Utilizou-se um questionário sociodemográfico e de saúde para caracterização das participantes. Foram utilizados instrumentos de avaliação pré e pós-teste: o Inventário de Depressão de Beck, o Inventário de Ansiedade de Beck, o Inventário de Percepção do Suporte Familiar, o Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde e a Escala de Apego Materno Fetal. Durante as oficinas, foram aplicados questionários de satisfação sobre a temática do dia, bem como construído um Diário de Campo para o registro de dados qualitativos. No final, também foi aplicado um questionário de satisfação geral com a intervenção. Os resultados foram analisados a partir da triangulação dos dados quantitativos e qualitativos. A análise dos dados quantitativos foi realizada através de técnicas estatísticas, enquanto os dados qualitativos foram analisados através do método de Análise Temática. Os resultados indicaram que a participação no protocolo possibilitou a discussão aprofundada de temáticas envolvendo as transformações físicas e psicológicas percebidas pelas gestantes, a relação conjugal e os papéis parentais, mitos acerca da maternidade, direitos das gestantes e sua autonomia na vivência gestacional, bem como a rede de apoio familiar e comunitária. Os resultados dos instrumentos quantitativos ficaram, em sua maioria, estáveis entre o pré e pós-teste, o que relaciona-se, principalmente, ao pequeno número de participantes. No que diz respeito à avaliação da intervenção, através da participação ativa durante as oficinas e os *feedbacks* satisfatórios das gestantes, pode-se perceber a relevância da proposta. Ressalta-se a importância de mais estudos que incluam grupo controle e medidas *follow-up* para o incremento da avaliação do protocolo. Por fim, entende-se que os resultados foram exitosos e o protocolo se mostrou como importante rede de apoio social às mulheres, bem como um potente modelo de intervenção para aplicação na assistência pública à saúde materno-infantil.

Palavras-chave: Intervenção Psicossocial; Pré-Natal; Gestantes; SUS

## ABSTRACT

The pregnancy-puerperal cycle is marked by changes at the biopsychosocial level. Such changes involve, in addition to biological alterations, psychosocial transformations that impact the life of the woman and her family. The arrival of a baby is a delicate moment that requires adequate management of the challenges that the new family will face because it can be characterized as a moment of psycho-emotional vulnerability for the woman and her family. However, the current prenatal model still prioritizes the physical care of mother and baby, restricting from its scope the care to psychosocial issues involved in the pregnancy cycle. Even today, prenatal care is predominantly biomedical. Faced with this scenario, there is a need to develop prenatal intervention models that expand care beyond the biological logic, including the psychological, family, social, and cultural aspects inherent to this process. Regarding this, the group format of prenatal care has been constituted as a possibility of health action, offering more integrative care. In this sense, to apply and evaluate a psychosocial intervention in prenatal care, a qualitative, descriptive and exploratory research was carried out with users of the SUS in a district health region of the city of Porto Alegre, the Rio Grande do Sul. Four pregnant women with a mean gestational age of 11.3 weeks at the beginning of the program participated. A sociodemographic and health questionnaire was used to characterize the participants. Pre and post-test assessment instruments were used: Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory, Family Support Perception Inventory, World Health Organization Quality of Life Instruments, and Maternal-Fetal Attachment Scale. During the workshops, satisfaction questionnaires on the day's theme were applied, and a Field Diary was built to record qualitative data. In the end, a questionnaire on general satisfaction with the intervention was also applied. The results were analyzed based on the triangulation of quantitative and qualitative data. The quantitative data were analyzed using statistical techniques, while the qualitative data was analyzed using the Thematic Analysis method. The results indicated that participation in the program allowed an in-depth discussion of themes involving the physical and psychological changes perceived by pregnant women, the marital relationship and parental roles, myths about maternity, the rights of pregnant women and their autonomy during pregnancy, as well as the family and community support network. The results of the quantitative instruments were mostly stable between the pre and post-test, which is mainly related to the small number of participants. Regarding the evaluation of the intervention, through the active participation during the workshops and the satisfactory feedback from pregnant women, the relevance of the proposal can be seen. We emphasize the importance of further studies that include a control group and follow-up measures to increase the evaluation of the protocol. Finally, it is understood that the results were successful and the protocol proved to be an important social support network for women, as well as a powerful intervention model for application in public assistance to maternal and child health.

Keywords: Psychosocial Intervention; Prenatal; Pregnant women; SUS

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA – CONTEXTUALIZAÇÃO</b> .....	13
2.1 OS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA GESTAÇÃO E A CHEGADA DE UM BEBÊ NA FAMÍLIA .....	13
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E O PRÉ-NATAL NO BRASIL .....	17
2.3 MODELOS DE INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL COM GRUPOS DE GESTANTES .....	22
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	26
3.1 OBJETIVOS GERAIS .....	26
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	26
<b>4 REFERÊNCIAS DA REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	27
<b>5 ARTIGO</b> .....	36
<b>6 CONCLUSÃO GERAL</b> .....	60
<b>APÊNDICES</b> .....	63
APÊNDICE A – Ficha de dados sociodemográficos e de saúde das gestantes .....	63
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).....	64
APÊNDICE C – Avaliação do encontro.....	66
APÊNDICE D – Avaliação final do Grupo de Gestantes.....	67
<b>ANEXOS</b> .....	68
ANEXO A – Normas de formatação do periódico Revista Psicologia: Teoria e Prática .....	68
ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP.....	72
ANEXO C – Inventário de ansiedade de Beck .....	75
ANEXO D – Inventário de depressão de Beck .....	86
ANEXO E – Escala de apego materno fetal .....	78
ANEXO F – Instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde .....	80
ANEXO G – Inventário de percepção de suporte familiar .....	83
ANEXO H – Protocolo de Intervenção Psicossocial .....	86

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho de dissertação se propôs a aplicar e avaliar uma intervenção psicossocial no pré-natal no contexto de saúde pública, tendo como base a premissa de humanização do pré-natal e nascimento. O trabalho foi desenvolvido junto à equipe do Núcleo de Estudos da Saúde da Família (NESF), inserido na linha de pesquisa que investiga a parentalidade e os processos psicossociais que envolvem o sistema familiar. O protocolo de intervenção intitulado “E lá vem o bebê: conversando sobre as transformações da gravidez e do nascimento dos filhos na família” foi desenvolvido pela Profa. Dra. Luciana Suárez Grzybowski, no ano de 2016, e desde então vem acontecendo como projeto de extensão da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), vinculado à Pró-reitoria de Extensão, Cultura e Assistência Estudantis (PROEXT). Tal projeto de extensão surgiu, principalmente, a partir do desenvolvimento de pesquisas vinculadas ao território do Distrito Docente Assistencial (DDA) da UFCSPA, situado na região Norte-Eixo Baltazar de Porto Alegre/RS, as quais apontaram para importantes limitações nas práticas assistenciais de pré-natal na região, no que tange ao suporte psicológico, familiar e social da gestante, o que reiterou a importância de programas que atendam a tais lacunas (GRZYBOWSKI & LEVANDOWSKI, 2014; COSTA, LEVANDOWSKI & GRZYBOWSKI, 2017; ZANATA, LEVANDOWSKI & GRZYBOWSKI, 2018; GRZYBOWSKI, GEHLEN & FIORINI, 2020; GRZYBOWSKI, LEVANDOWSKI & COSTA, 2017).

A escolha da mestranda pela linha temática de pesquisa se deu considerando o interesse pelos temas envolvendo os papéis parentais, iniciado nas experiências de estágio na graduação, os quais foram voltados para o atendimento clínico de crianças e suas famílias, bem como na experiência de bolsista voluntária de iniciação científica no Grupo de Estudo, Aplicação e Pesquisa em Avaliação Psicológica (GEAPAP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) na área do desenvolvimento infantil e parentalidade. Concomitante ao mestrado, os estudos de pós-graduação se voltaram para as linhas da terapia sistêmica familiar – o que corroborou com o aprofundamento teórico e prático na pesquisa.

Considerando o interesse pelo tema da parentalidade, destaca-se o ciclo gravídico-puerperal como parte importante do processo de tornar-se mãe e pai.

A chegada de um filho na família é um momento do ciclo vital familiar bastante complexo, que gera uma série de adaptações necessárias à integração do novo membro familiar. As mudanças que ocorrem nesse processo são diversas, envolvendo tanto aspectos individuais como aspectos relacionais. A transição para a parentalidade é entendida como uma crise esperada, justamente devido às grandes transformações experienciadas nessa fase. Por conta disso, o ciclo gravídico puerperal pode ser descrito como um fenômeno biopsicossocial (GROSSI *et al.*, 2020; PICCININI *et al.*, 2008). Neste sentido, para além de mudanças físicas e biológicas, a gestação caracteriza-se por um fenômeno psicossocial em que a mulher passa por profundas transformações emocionais, relacionais e sociais. Esta fase implica em adaptações e aprendizagens aos novos papéis parentais, que podem trazer desajustes no sistema, impactando no bem-estar da mulher e sua família (GUERRA *et al.*, 2014).

Cabe ressaltar que a principal ferramenta de cuidado da mulher neste período é o pré-natal. O acompanhamento pré-natal, por meio de ações preventivas e de promoção da saúde, tem por objetivo assegurar o saudável desenvolvimento do bebê, bem como monitorar a saúde do binômio mãe-bebê, a fim de detectar precocemente qualquer intercorrência que possa afetar o curso saudável da gestação (MARQUES *et al.* 2021). Conforme as recomendações do Ministério da Saúde do Brasil, uma atenção pré-natal qualificada se dá por meio de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; acesso facilitado aos serviços de saúde com ações que integrem todos os níveis de atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do bebê, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2006). A literatura tem apontado que a realização de um pré-natal qualificado associa-se com a redução de desfechos negativos em saúde perinatal, tais como baixo peso ao nascimento, prematuridade e complicações obstétricas (JARDE *et al.*, 2016; LEWIS, AUSTIN & GALBALLY, 2016).

É importante mencionar que nas últimas décadas do século XX e início dos anos 2000, o Brasil passou por grandes transformações na área da saúde materno infantil. Dentre as principais políticas públicas, o Programa de Humanização do

Pré-natal e Nascimento (PHPN) ganha destaque, tendo como objetivo primordial assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O PHPN fundamenta-se na premissa de humanização para o adequado acompanhamento do parto e puerpério. Para isso, adota uma série de medidas que englobam atitudes e práticas humanizadas pelos profissionais de saúde, visando um atendimento digno da gestante e sua família (BRASIL, 2002).

Recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um guia sobre os principais cuidados pré-natais (CPN), destinando-se a servir como base para políticas de cuidados em saúde e protocolos clínicos. Dentre os aspectos abordados, destaca-se o princípio que visa um atendimento integral, que leve em conta necessidades intelectuais, emocionais, sociais e culturais das mulheres, seus filhos e famílias, e não somente um cuidado biológico (OMS, 2016). Neste mesmo sentido, o programa Rede Cegonha (BRASIL, 2011) visa assegurar os direitos das gestantes e das crianças de receberem um atendimento digno, humanizado e de qualidade, através da estruturação e organização da atenção à saúde materno-infantil. Contudo, apesar do reconhecimento de aspectos psicossociais atrelados ao ciclo gestacional e de pautas integrativas da saúde da mulher, o modelo de assistência pré-natal vigente no Brasil ainda possui um caráter predominantemente tecnicista, onde a assistência biomédica é o principal cuidado dispensado às gestantes e puérperas, enquanto o respaldo de questões psicossociais do ciclo gravídico-puerperal é pouco difundido (PASSOS, ARRAIS & FIRMINO, 2020; POHLMANN *et al.*, 2016).

Programas que abordem temáticas psicossociais relacionadas a este período são ferramentas importantes para a melhoria da assistência de saúde à gestante de forma integrativa (ARRAIS & ARAÚJO, 2016; PICCININI *et al.*, 2008). Assim, ações de saúde voltadas ao ciclo gravídico-puerperal constituem-se como uma estratégia efetiva na promoção e prevenção da saúde comunitária, com impacto positivo na qualidade de vida da gestante e sua família. Visando contribuir com as políticas públicas pautadas na premissa da humanização do pré-natal e nascimento, a presente pesquisa apresenta a aplicação e a avaliação do protocolo “E lá vem o bebê: conversando sobre as transformações da gravidez e do nascimento dos filhos

na família”, identificando as potencialidades do protocolo em ampliar o escopo de atendimento no pré-natal para além de cuidados biomédicos – incluindo, também, o olhar psicossocial.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA – CONTEXTUALIZAÇÃO

### 2.1 *Os aspectos psicossociais da gestação e a chegada de um bebê na família*

A família é uma instituição social que sofre diversas modificações ao longo do tempo, sendo que é estabelecida através de vínculos afetivos, que ultrapassam a lógica da consanguinidade. Entende-se que a instituição família possui a função de garantir a proteção e o cuidado das gerações mais jovens e uma função social de transmissão de valores e normas culturais (ALBERNAZ & MARQUES, 2013).

Para a melhor compreensão das mudanças temporais que o sistema familiar sofre, destaca-se o ciclo vital familiar como uma teoria bastante difundida que aborda as principais etapas a que uma família pode passar, de acordo com o tempo, o lugar e os papéis que cada membro desempenha. Neste sentido, o ciclo vital familiar classifica-se em quatro estágios não rígidos: fase de aquisição, fase adolescente, fase madura e fase última (RONCHI & AVELLAR, 2011).

Cabe-nos explorar a fase de aquisição como um período marcado pela união do casal até a entrada dos filhos na adolescência. As principais características dessa etapa referem-se às definições de um modelo próprio de família, a transição para a parentalidade e aquisição de objetivos em comum. Cada etapa do ciclo é permeada por acontecimentos específicos que podem impactar os membros de forma individual e sistêmica, exigindo, portanto, que os membros desta unidade se adaptem às demandas que surgem da nova etapa tanto em nível estrutural, quanto funcional. Dito isto, entende-se que a chegada de um filho na família mexe profundamente com o sistema, sendo um dos momentos transitórios do ciclo vital familiar. Nesta lógica, o nascimento de um filho é um momento marcado pela ampliação do subsistema conjugal para o subsistema parental. Esse é um período de grande relevância na vida do casal, visto que ambos passarão a desempenhar novos papéis e devem se preparar para integrar um novo membro familiar. A literatura aponta este período como uma crise esperada da constituição da parentalidade, marcada por grande estresse na vida do casal, havendo uma diminuição da qualidade do relacionamento conjugal e possível ameaça ao desenvolvimento do bebê (PASINATO & MOSMANN, 2016; RONCHI & AVELLAR, 2011; BION, 2012).

Estudos na área têm demonstrado que a crise gerada pela transição à parentalidade impacta no sistema familiar, exigindo dos membros a reordenação de todo o sistema (MARTINS, ABREU & FIGUEIREDO, 2017; CRUZ & MOSMANN, 2015). Nyström e Öhrling (2004) realizaram uma revisão de estudos entre 1992 e 2000 sobre a transição para a parentalidade e a experiência de mães e pais no primeiro ano de vida de seus filhos. Os achados apontaram que mães e pais vivenciam mudanças drásticas em suas vidas no um ano pós-parto, tanto em nível individual, como no relacionamento do casal – ocorrendo uma diminuição da satisfação conjugal.

Koprowski, Galindo & Gomes (2020) realizaram uma revisão integrativa da literatura nacional sobre a relação entre os conflitos conjugais e a parentalidade. Os autores buscaram artigos publicados em periódicos indexados entre os anos de 2008 e 2020, e os resultados revelaram a permeabilidade dos sistemas conjugal e parental, a relação bidirecional entre os subsistemas, sendo que a qualidade do relacionamento conjugal se associa com a qualidade do desempenho dos papéis parentais, bem como a transição para a parentalidade como um momento permeado por conflitos.

Entende-se que a chegada de um filho na família requer do casal um nível de organização que dê conta das mudanças impostas por essa transição. Nesta fase, o investimento psíquico antes destinado à relação marido-mulher, é transferido para a relação pais filhos. Diante de toda a complexidade da chegada de um bebê, observa-se que tal fenômeno não é puramente um processo biológico, mas envolve as esferas psicológicas, sociais e relacionais, sendo uma das tarefas mais difíceis do ciclo vital familiar. Tais demandas devem ser incluídas nas práticas de assistência pré-natal, a fim de investir na prevenção e promoção da saúde familiar (PEDROTTI & FRIZZO, 2019; MAGAGNIN *et al.*, 2003).

As transformações na vida familiar, efetivamente, já iniciam com a gestação. O ciclo gestacional é um período na vida da mulher que requer atenção especial, visto que envolve alterações físicas, hormonais, psíquicas e sociais, as quais influenciam diretamente na saúde mental da mãe, do bebê e do sistema familiar. Essa experiência social é compreendida como um momento de transição, ocorrendo preparação psicológica para a parentalidade, redefinição de identidades e papéis sociais (PICCININI *et al.*, 2008). Nesta fase, a mulher reflete sobre suas fantasias,

sentimentos da própria infância e de papéis parentais, fazendo com que ocorram mudanças significativas nos mais diversos níveis ecológicos (PACHECO *et al.*, 2005 & PICCININI *et al.*, 2004).

O processo de desenvolvimento da identidade materna é marcado pela vulnerabilidade emocional, pois envolve sentimentos ambivalentes como insegurança, insatisfação corporal, mudanças na relação conjugal, reestruturação de rotina e organização familiar, bem como necessidade de adaptação ao acomodo de um novo membro familiar. Durante a gestação, a mulher cria expectativas, medos, dúvidas, que são potencializadas pelo simbolismo social da maternidade. Todas essas demandas de cunho psicossocial podem ser geradoras de sofrimento psíquico, exigindo assim uma abordagem holística de cuidado pré-natal, que enxergue a mulher gestante em sua totalidade (PICCININI *et al.*, 2008; CAMACHO *et al.*, 2010).

Neste sentido, entende-se que, diferentemente do mito social que concebe a gestação como um período de plenitude e alegria, muitas mulheres experimentam neste período algum nível de sofrimento psíquico. Cabe ressaltar que, os sintomas depressivos e ansiosos na população geral tendem a se manifestar mais frequentemente no sexo feminino do que no masculino, com prevalência de 7,3% para sintomas de humor em mulheres vs 4% em homens, enquanto 8,7% para sintomas ansiosos vs 4,3%, respectivamente. Destaca-se que a maternidade está dentre os fatores predisponentes para o surgimento de alterações psicoemocionais (LOPES *et al.*, 2019). Os agravos em saúde mental durante a gestação estão associados a consequências negativas para a saúde materna e infantil – sendo a depressão e ansiedade os transtornos psicológicos com maior prevalência durante o ciclo gestacional (GUIMARÃES *et al.*, 2018). A depressão caracteriza-se por sintomas como desânimo, tristeza e anedonia; enquanto que a ansiedade caracteriza-se por um estado de intranquilidade, insatisfação, medo, insegurança, sentimentos de incompetência e falta de confiança. Tais sintomas são, muitas vezes, ignorados ou minimizados durante as avaliações de pré-natal realizadas pelas equipes de saúde (ARRAIS, ARAÚJO & SCHIAVO, 2019). Essas alterações emocionais repercutem, em geral, de forma negativa na interação mãe-filho, nas relações familiares e conjugais. Por conta desses aspectos, ressalta-se a

importância de intervenções e diagnóstico precoces de sofrimento psíquico materno visando o estímulo a uma vinculação mãe-bebê satisfatória (BRASIL, 2012).

Alguns estudos têm investigado os fatores de risco associados ao desenvolvimento de transtornos mentais durante a gestação. Cabe destacar que fatores de risco são situações ou eventos que antecedem e se relacionam com o surgimento de problemas físicos, psicológicos e sociais no período gravídico-puerperal, enquanto fatores de proteção são medidas que minimizam os impactos dos fatores de risco ou exercem influência positiva nos resultados em saúde (ARRAIS, ARAÚJO & SCHIAVO, 2018). Os principais fatores de risco associados ao desenvolvimento de depressão gestacional são histórico de depressão anterior, problemas socioeconômicos e desemprego, baixa escolaridade, suporte social defasado, violência doméstica e abuso de substâncias (SILVA *et al.*, 2020; CASTRO *et al.*, 2015; PEREIRA & LOVISI, 2008).

Além disso, a experiência de estresse e sintomas depressivos e/ou ansiosos durante a gestação associam-se com desfechos obstétricos desfavoráveis, como prematuridade e baixo peso ao nascer. Aspectos como suporte social fortalecido, bom ajustamento conjugal e o contexto cultural da gestante contribuem para resultados perinatais mais saudáveis ao binômio mãe-bebê (SCHETTER, 2011; JARDE *et al.*, 2016; LEWIS, AUSTIN & GALBALLY, 2016). Similarmente, Sidebottom *et al.* (2017), apontam que sintomas depressivos e assistência pré-natal inadequada e de início tardio – após o primeiro trimestre de gestação – também se caracterizam como fatores de risco para complicações na saúde do bebê ao nascimento. Desta forma, evidencia-se a abordagem psicossocial no pré-natal como uma ferramenta de prevenção e promoção de saúde perinatal (ARRAIS, MOURÃO & FRAGALLE, 2014).

Outro aspecto psicossocial de grande relevância para a experiência gestacional é a rede de apoio da mulher ao longo desta fase. O apoio social envolve o conforto, assistência e recursos disponíveis que a mulher possui e percebe no seu ambiente social. Assim, a rede de apoio pode ser constituída pela família extensa, cônjuge, amigos, comunidade e serviços de saúde. O suporte social durante a gestação influencia positivamente no comportamento e emoções da mulher grávida, propiciando uma experiência da maternidade mais saudável (AVANZI *et al.*, 2019; OLIVEIRA & DESSEN, 2012; MAFFEI, MENEZES & CREPALDI, 2019). O papel do

parceiro vem sendo cada vez mais discutido pela literatura e apontado como um forte fator de proteção à saúde da mulher gestante. O envolvimento paterno na gestação pode ser compreendido através do seu engajamento em atividades relacionadas à gestante e a preparação para o nascimento do bebê, apoio emocional dado à mãe, ao contato com o bebê e às expectativas compartilhadas pelos pais (ILSKA & BASISTA, 2017). Desta forma, é importante a inclusão dos pais e/ou outros cuidadores nos atendimentos, desde o pré-natal até o pós-parto, para que recebam orientação adequada sobre as transformações psicossociais que ocorrem na família com a chegada de um filho – assim possibilita-se uma assistência que atue como facilitadora de um puerpério mais satisfatório (BRASIL, 2012).

A literatura é consensual em compreender o impacto de fatores psicossociais nos desfechos em saúde perinatal e na qualidade de vida das gestantes e sua família. Contudo, ainda há deficiência de ações que propiciem espaço de escuta e compartilhamento de sentimentos no âmbito do pré-natal – o que é apontado como uma fragilidade da assistência (PASSOS, ARRAIS & FIRMINO, 2020; TOSTES, 2012; DARÓS *et al.*, 2010). Desta forma, a construção de um pré-natal que aborde e considere os fatores psicossociais da gestação através de ações educativas e inclusivas, e que se comprometa com a promoção da saúde integral da mãe e do bebê é tido como ponto fundamental para o alcance de resultados mais positivos no âmbito da saúde materno-infantil, bem como para a qualificação da assistência.

## *2.2 Políticas Públicas e o Pré-Natal no Brasil*

Há algumas décadas o Brasil vem passando por uma grande transformação no setor de saúde, principalmente após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988. A extensão de assistência médica gratuita para populações excluídas, incluindo na área de saúde materno-infantil, contribui para a redução de desigualdades entre a população (FRANÇA *et al.*, 2016). Em relação à saúde materno-infantil, uma série de políticas vêm sendo implementadas com o objetivo de incentivar um atendimento acolhedor, o desenvolvimento de ações educativas e preventivas, o estabelecimento de vínculo entre o pré-natal e o local de parto, redução dos índices de morbimortalidade materna e neonatal e facilitar o acesso a serviços de saúde de qualidade (VIELLAS *et al.*, 2014). Tais políticas destinadas a garantia de direitos e atendimento à saúde da mulher datam do século XX, mais

expressivamente a partir dos anos 70, seguindo com o aprimoramento até os dias atuais.

Os movimentos sociais, com destaque ao movimento feminista, tiveram papel relevante na pressão à reformulação das práticas assistenciais à saúde da mulher. Como resultado, uma série de políticas públicas começaram a ser pensadas e construídas no âmbito do SUS, voltadas à atenção materno infantil. Ainda que as mudanças mais expressivas tenham ocorrido a partir da década de 70, antes disso já se observava iniciativas governamentais de atendimento ao binômio mãe-bebê, porém incipientes, visando apenas a redução da mortalidade infantil. Os primeiros programas desenvolvidos na área da saúde materno infantil foram o Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI) de 1975 e, mais tarde, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) de 1984. Com uma visão revolucionária, o PAISM trouxe à tona uma perspectiva integrativa da saúde feminina, ressaltando a importância da assistência à saúde durante todo o ciclo vital da mulher, não apenas no período gestacional. O programa preconizou atividades de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário, e a assistência para concepção e contracepção. Desta forma, houve um avanço na assistência à saúde da mulher e da criança, passando de uma visão individualista para uma visão sistêmica familiar (DUARTE & ANDRADE, 2008; CASSIANO *et al.*, 2014).

Apesar dos avanços em resultados perinatais após a implementação do PAISM, os índices de morbimortalidade materna e infantil permaneceram com taxas elevadas no território brasileiro (CASSIANO *et al.*, 2014). Dificuldades de implantação em nível político, técnico e administrativo impediram que se atingisse sua potencialidade em termos de ferramenta transformadora da saúde das mulheres (BRASIL, 2004). Frente a tal constatação, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil desenvolveu em 2000 o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e em 2003 a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, estimulando a assistência humanizada no cuidado ao ciclo gestacional. Este conceito de atenção humanizada é muito amplo, abrangendo conhecimentos, práticas e atitudes que devem iniciar no pré-natal e estenderem-se ao período pós-natal de forma a prevenir

morbimortalidade materna e perinatal e evitar intervenções desnecessárias para a mãe e o bebê. Dessa forma, visou-se ampliar o olhar para além de um modelo biomédico, trabalhando na potencialização de um cuidado que contemple a mulher e suas distintas interfaces e necessidades como mulher, gestante e mãe.

Mais recentemente, buscando a qualificação do atendimento pré-natal em nível nacional, a política da Rede Cegonha, instituída no âmbito do SUS pela Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011), aponta para a necessidade de se adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança de até 24 meses. Assim, a Rede Cegonha consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável da criança. Essa política tem por objetivo principal fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, a partir da organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, para garantir acesso, acolhimento e resolutividade, visando à redução da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011).

Nesta lógica, ressalta-se a necessidade da discussão sobre um trabalho humanizado na atenção à mulher gestante. Ainda que as políticas de pré-natal tenham adotado a premissa de atenção humanizada, observa-se que as práticas dos profissionais no pré-natal são direcionadas ao cumprimento de procedimentos clínicos, realização de exames, monitoramento do calendário de consultas e da saúde física da mãe e do bebê - o que demonstra um atendimento mecanicista e a perpetuação do modelo biomédico de assistência (POLHMANN *et al.*, 2016; SOUZA *et al.*, 2020; PASSOS, ARRAIS & FIRMINO, 2020). Ickovics *et al.* (2011) também mencionam que os programas governamentais dão pouca prioridade para intervenções psicossociais efetivas no pré-natal em detrimento a intervenções na saúde física da mulher gestante. O Manual Técnico sobre Pré-natal e Puerpério publicado em 2005 pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2005) estabelece o calendário das consultas pré-natal, sendo o mínimo de seis consultas, distribuídas em uma consulta no primeiro trimestre gestacional, duas no segundo e três no terceiro. As pautas estabelecidas para cada consulta consistem, prioritariamente, na realização de exames de rotina conduzidos, em sua maioria, por enfermeiros das Unidades de

Saúde (US). De acordo com as orientações do Manual, percebe-se a ênfase em um modelo tradicional embasado, majoritariamente, nas necessidades fisiológicas da gestante.

Além da predominância de um modelo biomédico, também há diferenças significativas na qualidade da assistência relacionadas ao contexto social e desigualdades regionais no Brasil. Variáveis como cor, renda, escolaridade, status conjugal e gravidez na adolescência estão associadas à baixa realização de consultas pré-natal (ANJOS & BOING, 2016). Um estudo de corte seccional (FONSECA, KALE & SILVA, 2015) realizado no Rio de Janeiro objetivou identificar fatores associados ao pré-natal inadequado, com ênfase na variável racial, com 1790 usuárias do SUS em duas maternidades públicas do estado. Os achados da pesquisa demonstraram que mulheres pretas apresentaram 37% mais chance de receber atenção inadequada no pré-natal. Outras variáveis como idade materna e ausência de companheiro também se associaram à inadequação. A pesquisa concluiu que a cor da pele pode se caracterizar como um marcador de desigualdade social na assistência pré-natal. Neste mesmo sentido, o estudo de Leal *et al.* (2017) apontou para disparidades raciais na assistência ao pré-natal, parto e nascimento entre mulheres pretas, pardas e brancas - sendo que, puérperas pretas e pardas apresentaram maiores chances de receberem assistência pré-natal inadequada, ausência de acompanhante, falta de vinculação à maternidade e peregrinação, bem como menos anestesia local para episiotomia. Tais dados evidenciam que a variável racial caracteriza-se como um determinante na qualidade da assistência prestada no pré, parto e nascimento.

Ressalta-se que um pré-natal qualificado deve contemplar aspectos que ultrapassem a lógica biomédica, incluindo um atendimento minucioso da saúde integral da mulher, considerando-a em sua totalidade. Nos últimos anos, houve uma evolução da cobertura do pré-natal no Brasil, de nenhuma consulta para mais de 10% das gestantes em 1995, para 2,2% em 2015 - demonstrando os efeitos positivos das políticas públicas em uma cobertura quase universal. No entanto, em termos de qualidade - que envolve além do acesso, mas também o conteúdo e o comportamento dos profissionais de saúde - ainda é um desafio a ser superado no âmbito da assistência (LEAL *et al.*, 2020; RUSCHI *et al.*, 2018).

Considerando o SUS como um forte sistema que visa equalizar o acesso aos serviços de saúde, é necessário que o pré-natal na saúde pública seja realizado de acordo com as características regionais e sociais de cada grupo populacional. Sendo assim, intervenções em regiões de vulnerabilidade social, com gestantes que atendem aos critérios de fatores de risco para inadequação do pré-natal são necessárias para diminuir iniquidades sociais no âmbito do pré-natal (FONSECA *et al.*, 2015; SAAVEDRA, CESAR & LINHARES, 2019).

Muitas vezes o pré-natal representa a única oportunidade de algumas mulheres receberem assistência médica. Constitui, portanto, em um exercício de prevenção e promoção da saúde, visando primordialmente à preservação da saúde física e mental da grávida, do bebê, da relação entre ambos e à identificação das alterações próprias da gravidez que possam repercutir nocivamente sobre o feto. A atenção pré-natal tem como função a detecção e a intervenção precoce das situações de risco do ciclo gravídico-puerperal, bem como promover um cuidado integrativo à gestante e sua família. É também, por meio dele, que a mulher começa a se preparar para a maternidade e deve ser acolhida pela equipe multiprofissional a fim de desenvolver uma gestação tranquila e saudável (DIAS *et al.*, 2018; TREVISAN *et al.*, 2002)

A assistência pré-natal está associada com melhores desfechos em saúde perinatal. A qualidade de cobertura e de acesso podem ser fatores determinantes na prevenção de ocorrências negativas na saúde da mãe e do bebê. Essa qualidade vem sendo medida com uma combinação entre número de consultas, idade gestacional no início do pré-natal, realização de exames laboratoriais, bem como a qualidade do vínculo entre os serviços de saúde e gestantes. Estudos demonstram que quanto mais consultas realizadas ao longo da gestação, melhores são os resultados de saúde gestacional (SAAVEDRA, CESAR & LINHARES, 2019). Porém, há a necessidade de incluir nesta avaliação os determinantes sociais de saúde – entendidos como comportamentos individuais, condições de vida e de trabalho e aspectos socioeconômicos, demográficos e culturais – assim possibilitando o reconhecimento de situações desfavoráveis para os resultados em saúde gestacional (RUSCHI *et al.*, 2018; GADELHA *et al.*, 2020).

### 2.3 Modelos de Intervenção Psicossocial com Grupos de Gestantes

A intervenção psicossocial pode ser descrita como uma proposta metodológica advinda da Psicologia Social Comunitária com o objetivo de conscientização e transformação social. Sua atuação abrange todas as áreas da vida social, buscando a melhoria da qualidade de vida e das condições humanas através do desenvolvimento emancipatório e autônomo das pessoas e grupos coletivos. Através da conscientização, estimula o pensamento crítico sobre valores sociais e a construção de estratégias coletivas para as mudanças em direção ao bem-estar social. Prima pelo exercício da cidadania através da participação social, instigando as pessoas a se tornarem sujeitos ativos e protagonistas de suas próprias histórias. O desenvolvimento de intervenções psicossociais envolve a participação da comunidade em todo o processo, como o planejamento, execução e avaliação. Assim, através dos *feedbacks* dos participantes sobre os resultados, é possível a disseminação da intervenção em outros grupos/comunidades (FREITAS, 2015; FREITAS, 2018).

Visto as limitações de abordagens psicossociais no âmbito de políticas públicas relacionadas à saúde materno-infantil - principalmente o caráter biomédico vigente - há a necessidade de construção de modelos e alternativas de pré-natais mais abrangentes. A intervenção psicossocial com grupos de gestantes torna-se uma possibilidade de trabalho, colaborando para a compreensão dos aspectos psicossociais envolvidos no ciclo gestacional, abrindo um espaço de escuta qualificada e acolhimento para os medos e ansiedades inerentes ao processo, fortalecendo a rede de apoio e a relação das gestantes com o sistema de saúde e incentivando o protagonismo das mulheres em suas vivências gestacionais (ASSIS *et al.*, 2013).

Neste mesmo sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2016) propõe reflexões sobre as práticas no pré-natal pautadas nos direitos humanos e aponta para possíveis alternativas como a realização de grupos de gestantes no processo pré-natal. Assim, entende-se que programas sistemáticos voltados para o período gestacional são essenciais na garantia e consolidação das políticas públicas, no âmbito governamental ou não-governamental.

Apesar do conhecimento acerca das potencialidades de grupos com gestantes como espaço de desenvolvimento de autonomia e cidadania, o que se

observa na práxis dos profissionais é a vigência do saber médico sob os saberes populares. Assim, é comum a realização de grupos de gestantes nas unidades de saúde ou centros hospitalares, mas em formato de palestras e transmissão informacional. Em tais iniciativas, comumente são enfermeiros que coordenam os grupos e os principais conteúdos abordados relacionam-se a cuidados de higiene, amamentação, nutrição, hora do parto, cuidados com o recém-nascido e saúde física da mãe e feto (SOUZA *et al.*, 2020; PIO & OLIVEIRA, 2014). Assim, contrapõe-se aos objetivos da intervenção psicossocial, que preza pela participação ativa dos sujeitos no norteamento das ações em saúde, bem como mantém uma visão fragmentada da saúde da mulher.

Com base neste cenário, a falta de modelos de intervenções psicossociais com gestantes configura-se como um limitador na difusão de ações desse tipo no âmbito assistencial. Tal dado reitera a necessidade da implementação de ações que incluam o cuidado à saúde mental da gestante como parte integrante da atenção pré-natal (BENINCASA, LAZARINI & ANDRADE, 2021; ARRAIS & ARAÚJO, 2016).

Neste sentido, observa-se algumas iniciativas de modelos psicossociais no Brasil, como o programa intitulado Pré-Natal Psicológico (PNP). O PNP é um modelo de atenção psicológica à gestante e foi desenvolvido pela equipe de Psicologia de uma maternidade privada de Brasília/DF em 2006, consistindo em um acompanhamento socioeducativo sobre gestação, parto e pós-parto sob a ótica de aspectos psicoemocionais (ARRAIS & ARAÚJO, 2016). O PNP é um programa aberto, podendo ter novas adesões ao longo das sessões, sendo que a frequência de participação fica a critério das gestantes. As sessões semanais têm duração de, aproximadamente, 3 horas e abordam temáticas específicas construídas pela equipe ou geradas pelas participantes dos grupos. O PNP configura-se como um instrumento psicoprofilático, com potencial para prevenir o agravamento de transtornos mentais relacionados ao ciclo gravídico-puerperal (ARRAIS, MOURÃO & FRAGALLE, 2014; ARRAIS, CABRAL & MARTINS, 2012).

Apesar do potencial do programa PNP, o modelo ainda é pouco difundido na comunidade científica (BENINCASA *et al.*, 2019). Além disso, configura-se como uma ferramenta psicoterapêutica, com foco na prevenção de transtornos mentais no pré e pós-parto, servindo como uma “imunização emocional” às gestantes, podendo ser realizado individualmente ou em grupos, em ambientes como hospitais públicos,

hospitais ou consultórios privados e salas de espera (ARRAIS, AMORIM & ROCHA, 2020). Benincasa *et al.* (2019) chamam a atenção para a necessidade do desenvolvimento e avaliação de modelos interventivos no pré-natal. Neste sentido, os estudos que avaliaram as intervenções do PNP através de dados comparativos entre grupos controle e grupos de intervenção, apontaram que o programa se configura como instrumento de prevenção de transtornos associados ao ciclo gestacional como ansiedade, depressão pós-parto (DPP) (ARRAIS, MOURÃO & FRAGALLE, 2014; ARRAIS, CABRAL & MARTINS, 2012).

Já no contexto internacional, estudos desenvolvidos nos Estados Unidos compararam os efeitos psicossociais entre gestantes que participaram dos grupos de pré-natal e gestantes de grupos controle que realizaram o pré-natal individualmente (HERBELEIN *et al.* 2016; ICKOVICS *et al.*, 2011). Ambas as pesquisas utilizaram o modelo *Centering Pregnancy Care* (CP) desenvolvido pelo *Institute HealthCare* – que consiste em um pré-natal realizado em grupo de, aproximadamente 8 a 12 gestantes, visando a construção de discussões acerca do período gestacional incluindo aspectos de saúde mental materna. Os resultados das pesquisas demonstraram que a realização do grupo de pré-natal impacta positivamente no bem-estar psicossocial das gestantes, principalmente nas mulheres com maiores escores de estresse e com poucas estratégias de enfrentamento para lidar com as alterações do ciclo gravídico puerperal.

Além dos estudos já mencionados, uma pesquisa prospectiva não-randomizada controlada realizada no Nepal (BANGURA *et al.*, 2020) objetivou avaliar a adaptação do modelo *Centering Pregnancy Care* (CP) para grupos de gestantes dos vilarejos da zona rural da região. A intervenção foi realizada com 6 grupos de gestantes, enquanto 7 grupos controles realizaram o pré-natal individual tradicional. Os pesquisadores encontraram dificuldades em adaptar o modelo grupal de pré-natal devido ao contexto cultural das gestantes, ao treinamento dos facilitadores dos grupos (parteiras locais dos vilarejos) e ao próprio cronograma governamental de atendimento individual. Desta forma, os autores chamaram a atenção para a necessidade da modificação do modelo clínico tradicional para um modelo grupal que empodere e incentive a autonomia e participação das gestantes no cuidado pré-natal, a fim de aumentar a cobertura e qualidade da assistência à saúde materno-infantil.

Outra pesquisa de método misto realizada no Paquistão (ATIF *et al.*, 2020) teve como objetivo desenvolver uma intervenção psicológica no pré-natal para gestantes com ansiedade gestacional. A partir de entrevistas realizadas com 19 gestantes e 10 profissionais de um hospital da região, os pesquisadores construíram a intervenção intitulada “*Happy Mother, Healthy Baby*” – que consiste em cinco encontros educativos sobre ansiedade visando, principalmente, o relacionamento empático, resolução de problemas e envolvimento familiar. O modelo foi baseado nos princípios da Terapia Cognitivo-Comportamental. Após a construção do programa, os pesquisadores treinaram os profissionais intermediadores que iriam aplicar as oficinas. Os resultados obtidos demonstraram que a intervenção impactou positivamente em aspectos como bem-estar, melhora da consciência dos próprios sentimentos e gerenciamento do estresse. Ainda, os pesquisadores mencionam a necessidade de um estudo de avaliação da intervenção, com o intuito de popularizar o instrumento a outros contextos e estudos.

A compreensão do impacto de fatores psicossociais nos desfechos em saúde perinatal marca uma mudança de paradigma no âmbito do pré-natal. Tal mudança exige o desenvolvimento de manejos e intervenções que se adequem às necessidades biopsicossociais das mulheres gestantes (ARRAIS, MOURÃO & FRAGALLE, 2014). Contudo, a inclusão do cuidado à saúde mental da gestante e sua família ainda é um desafio. Sendo assim, considerando a complexidade do período gestacional e os impactos negativos de adversidades psicossociais para a saúde da mulher e do feto, buscou-se avaliar um protocolo de intervenção no pré-natal intitulado “E Lá Vem o Bebê: Conversando sobre as Transformações da Gravidez e do Nascimento dos filhos na Família”, que vem sendo realizado há 6 anos na região norte de Porto Alegre/RS, vinculado à PROEXT/UFCSPA e ao NESF (GRZYBOWSKI, 2016). Desta forma, visou-se propor mudanças na qualidade da atenção primária à gestante, contribuindo com o desenvolvimento de ações convergentes com as políticas públicas na área da saúde da mulher e infantil. A pesquisa mostra-se importante, portanto, como ferramenta para avaliar e propor novos programas de atenção em saúde materno-infantil na rede básica, buscando o empoderamento dos usuários, em especial das gestantes e de sua família.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

- Aplicar e avaliar uma intervenção psicossocial realizada com gestantes no contexto do pré-natal na saúde pública.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar um levantamento do perfil sociodemográfico das gestantes participantes.
- Avaliar, através da aplicação dos instrumentos no período pré-teste e pós-teste, as contribuições da intervenção psicossocial com gestantes no âmbito do SUS.
- Identificar os possíveis benefícios da intervenção a partir do ponto de vista das gestantes, considerando aspectos emocionais, sociais, relacionais e familiares envolvidos na gestação.
- Estabelecer critérios de avaliação para a intervenção psicossocial “E Lá Vem o Bebê: Conversando Sobre as Transformações da Gravidez e do Nascimento dos Filhos na Família”.

### 3 REFERÊNCIAS DA REVISÃO DE LITERATURA

ALBERNAZ, Renata Ovenhausen; MARQUES, Camila Salgueiro da Purificação. A instituição familiar e a relação humana de familiaridade. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 13, n. 26, p. 37-53, Abr. 2013. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2013000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2013000100004&lng=pt&nrm=iso)

ANJOS, Juliana Cristine dos; BOING, Antonio Fernando. Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: Análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 19(4), 835-850, out-dez. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040013>

ARRAIS, Alessandra da Rocha; AMORIM, Bianca; ROCHA, Luciana. Pré-natal psicológico na prática: da origem ao modelo Arrais. In: BENINCASA, Miria; ROMAGNOLO, Adriana Navarro; HELENO, Maria Geralda Viana. Maternidade, parentalidade e conjugalidade: novas perspectivas em psicologia perinatal. Curitiba: Editora CRV, 2020. p. 49-74.

ARRAIS, Alessandra da Rocha; ARAÚJO, Tereza Cristina Cavalcante Ferreira de. Pré-Natal Psicológico: Perspectivas para Atuação do Psicólogo em Saúde Materna no Brasil. **Rev. SBPH**, v. 19, n. 1, p. 103-116, Jun. 2016. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582016000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000100007&lng=pt&nrm=iso)

ARRAIS, Alessandra da Rocha; ARAÚJO, Tereza Cristina Cavalcante Ferreira de; SCHIAVO, Rafaela de Almeida. 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. 23-24, Maio-Ago. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.706>

ARRAIS, Alessandra da Rocha; ARAÚJO, Tereza Cristina Cavalcante Ferreira de; SCHIAVO, Rafaela de Almeida. Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-Natal Psicológico. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. 4, p. 711-729. Out-Dez. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003342016>

ARRAIS, Alessandra da Rocha; CABRAL, Daniela Silva Rodrigues; MARTINS, Maria Helena de Faria. Grupo de Pré-Natal Psicológico: Avaliação de Programa de Intervenção Junto às Gestantes. **Encontro Rev. de Psicologia**, v. 15, n. 22, p. 53-76. Set. 2012. Disponível em <https://seer.pgsskroton.com/renc/article/view/2480>

ARRAIS, Alessandra da Rocha; MOURÃO, Mariana Alves; FRAGALLE, Bárbara. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde Soc.**, v. 23, n. 1, p. 251-264, Jan-Mar. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100020>

ASSIS, Cleber Lizardo *et al.* Intervenção Psicossocial em Grupo de Mulheres Gestantes do Centro de Saúde da Mulher de Cacoal-RO. **Aletheia**, n. 42, p. 82-91, Dez. 2013. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942013000300008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000300008&lng=pt&nrm=iso)

ATIF, Najia *et al.* Development of a Psychological Intervention to Address Anxiety During Pregnancy in a Low-Income Country. **Front Psychiatry**, v. 10, Jan. 2020. DOI: <https://dx.doi.org/10.3389%2Ffpsyt.2019.00927>

AVANZI, Samara Alves *et al.* Importância do apoio familiar no período gravídico-gestacional sob a perspectiva de gestantes inseridas no PHPN. **Rev. Saúde Col. UEFS**, v. 9, p. 55-62, 2019. DOI: <https://doi.org/10.13102/rscdauefs.v9i0.3739>

BANGURA, Alex Harsha. *et al.* Measuring fidelity, feasibility, costs: an implementation evaluation of a cluster-controlled trial of group antenatal care in rural Nepal. **Reprod Health**, v. 17, n. 5, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0840-4>

BENINCASA, Miria *et al.* O Pré-natal Psicológico Como um Modelo de Assistência Durante a Gestação. **Rev. SBPH**, v. 22, n. 1, p. 238-257, Jan-Jun 2019. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582019000100013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000100013&lng=pt&nrm=iso)

BENINCASA, Miria; LAZARINI, Nicole; ANDRADE, Cristiano de Jesus. Intervenção Psicológica Durante a Gestação: Revisão Sistemática da Literatura. **Rev. Mult. Psic.** V.15, N. 56, p. 644-663, Jul. 2021. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3163>

BION, Graziela. **Influência da chegada do primeiro filho na vida do casal**: um estudo teórico. Familiare Instituto Sistêmico, 2012. Disponível em: <http://institutofamiliare.com.br/wp-content/uploads/2018/10/Graziela-Bion-2012-Influ%C3%Aancia-da-chegada-do-primeiro-filho-na-vida-do-casal.pdf>

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal. Manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde. 2000. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_11.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-Natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada**. 3. ed. Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto**: Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde. 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2007/politica\\_mulher.pdf](https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf)

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde. 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2001. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**: Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Using Thematic Analysis in Psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n.2, p. 77-101, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

CAMACHO, Karla Gonçalves *et al.* Vivenciando Repercussões e Transformações de uma Gestação: Perspectivas de Gestantes. **Cienc. enferm.**, v. 16, n. 2, p. 115-125, Ago. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000200012>

CASSIANO, Angélica Capellari Menezes *et al.* Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público Brasília**, v. 65, n.2, p. 227-244. Abr-Jun. 2014. DOI: <https://doi.org/10.21874/rsp.v65i2.581>

CASTRO, Filipa de *et al.* Risk profiles associated with postnatal depressive symptoms among women in a public sector hospital in Mexico: the role of sociodemographic and psychosocial factors. **Arch Womens Ment Health**, v. 18, n.3, p. 463-471, Jun. 2015. DOI: [10.1007/s00737-014-0472-1](https://doi.org/10.1007/s00737-014-0472-1)

COSTA, Emerson Nunes da; LEVANDOWSKI, Daniela Centenaro; GRZYBOWSKI, Luciana Suárez. **Mapeando o voo da cegonha**: um estudo do perfil de puérperas e da (in)satisfação com os serviços de atenção à saúde materno-infantil. (Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia) Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, 2017.

CRANLEY, Mecca S. Development of a Tool for the Measurement of Maternal Attachment During Pregnancy. **Nursing Research**, v. 30, n. 5, p. 281-284, Set-Out. 1981. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6912989/>

CRESWELL, John W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Tradução: Luciana de Oliveira da Rocha. Porto Alegre: Artmed Editora, 2007.

CRUZ, Queli Simone da; MOSMANN, Clarisse Pereira. Da conjugalidade à parentalidade: vivências em contexto de gestação planejada. **Aletheia**, Canoas, n. 47-48, p.22-34, Mai-Dez. 2015. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942015000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942015000200003&lng=pt&nrm=iso)

CUNHA, Jurema Alcides. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DARÓS, Daiane Zocche *et al.* Socialização de Conhecimentos e Experiências sobre o Processo de Nascimento e Tecnologias do Cuidado. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n.2, p.308-314, Jul. 2010. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v12i2.10355>

DIAS, Hernandes Gonçalves *et al.* Ações do enfermeiro no pré-natal e a importância atribuída pelas gestantes. **Revista SUSTINERE**, Rio de Janeiro, v. 6. n. 1, p. 127, Jan-Jun. 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/31722>

DUARTE, Sebastião Junior Henrique; ANDRADE, Sônia Maria de Oliveira de. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. **Saúde Soc**, v.17, n. 2, p. 132-139, Jun. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200013>

FEIJÓ, Maria Cristina de Carvalho. Validação brasileira da “maternal-fetal attachment scale”. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 51, n. 4, p. 52-62, 1999.

FERREIRA, Gisele da Silva; MENEZES, Daiane Boelhouver. **Relatório de análise socioeconômica da cidade de Porto Alegre**. Fundação de Economia e Estatística (FEE), 2017. Disponível em: <https://arquivofee.rs.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/20170209relatorio-analise-socioecon0mica-da-cidade-de-porto-alegre-12017.pdf>

FLECK, Marcelo. Pio de Almeida *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n.2, p. 178-183, Abr. 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>

FONSECA, Sandra Costa; KALE, Pauline Lorena; SILVA, Katia Silveira da. Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa?. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 15, n. 2, p. 209-217, Abr-Jun. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292015000200007>

FRANÇA, Giovanni Vinícius Araújo de *et al.* Coverage and equity in reproductive and maternal health interventions in Brazil: impressive progress following the implementation of the Unified Health System. **Int J Equity Health**, v. 15, n. 1, Nov. 2016. DOI: <https://dx.doi.org/10.1186%2Fs12939-016-0445-2>

FREITAS, Maria de Fátima Quintal. Práxis e formação em Psicologia Social Comunitária: exigências e desafios ético-políticos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 32, n. 3, p. 521-532, Jul-Set. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000300017>

FREITAS, Maria de Fátima Quintal. Psicologia Social Comunitária como Educação Política: resistência e afirmações no cotidiano. **Teoria y Crítica de la Psicología**, v. 11, p. 92-104, 2018. Disponível em: <http://www.teocripsi.com/ojs/index.php/TCP/article/view/270>

GADELHA, Ivyna Pires *et al.* Determinantes Sociais da Saúde de Gestantes Acompanhadas no Pré-Natal de Alto Risco. **Rev Rene**, v. 21, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1053134>

GUERRA, Maria João *et al.* Promoção Da Saúde Mental Na Gravidez E No Pós-Parto. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. especial, p. 117-124, Abr. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0028>

GUIMARÃES, Fernanda Jorge *et al.* Adoecimento Mental em Gestantes. **Enfermería Global**, v. 18, n. 1, p. 499-534, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.328331>

GROSSI, Vanessa Cristina de Vasconcelos *et al.* Cuidado educativo no ciclo gravídico-puerperal à luz da teoria de Paulo Freire: contribuições para assistência. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, e719119471, 2020.

GRZYBOWSKI, Luciana Suárez. **E lá vem o bebê**: conversando sobre as transformações da gravidez e nascimento de filhos na família. (Projeto de extensão). PROEXT: UFCSPA, 2016.

GRZYBOWSKI, Luciana Suárez; GEHLEN, Gabriela; FIORINI, Vanessa. Relações conjugais e parentais na perspectiva de gestantes em atendimento pré-natal na saúde pública. In: BENINCASA, Miria; ROMAGNOLO, Adriana Navarro; HELENO, Maria Geralda Viana. Maternidade, parentalidade e conjugalidade: novas perspectivas em psicologia perinatal. Curitiba: Editora CRV, 2020. p. 409-430.

GRZYBOWSKI, Luciana Suárez; LEVANDOWSKI, Daniela Centenaro. **Rede de atenção materno-infantil**: caracterização da população e intervenção no contexto da GNEB/Porto Alegre. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, 2014.

GRZYBOWSKI, Luciana Suárez; LEVANDOWSKI, Daniela Centenaro, COSTA, Emerson Nunes da. O que aprendi com o PET? Repercussões da inserção no

SUS para a formação profissional. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 41(4), 505-514, 2017.

HEBERLEIN, Emily. C. *et al.* The comparative effects of group prenatal care on psychosocial outcomes. **Arch Womens Ment Health**, v. 19, n. 2, p. 259–269, Apr. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0564-6>

ICKOVICS, Jeannette. R. *et al.* Effects of group prenatal care on psychosocial risk in pregnancy: Results from a randomised controlled trial. **Psychol Health**, v. 26, n. 2, p. 235-250, Fev. 2011. DOI: 10.1080/08870446.2011.531577

ILSKA, Michalina; BASISTA, Hanna Przybyła. Partner support as a mediator of the relationship between prenatal concerns and psychological well-being in pregnant women. **Health Psychology Report**, v. 5, n. 4, p. 285-295, Jul. 2017. DOI: <https://psycnet.apa.org/doi/10.5114/hpr.2017.68235>

JARDE, Alexander *et al.* Neonatal Outcomes in Women With Untreated Antenatal Depression Compared With Women Without Depression A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA Psychiatry**, v. 73, n. 8, p. 826-837, Ago. 2016. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0934

KOPROWSKI, Ana Helena; GALINDO, Gabriela Senedese de Paulino; GOMES, Lauren Beltrão. Conflito conjugal e sistema parental: uma revisão integrativa da literatura nacional. **Pensando famílias**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 15-31, Jul-Dez. 2020. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-494X202000020003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X202000020003&lng=pt&nrm=iso)

LEAL, Maria do Carmo *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33 (Suppl. 1), p. 1-17, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>

LEAL, Maria do Carmo *et al.* Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 54, 2020. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>

LEWIS, Andrew J.; AUSTIN, Emma; GALBALLY, Megan. Prenatal maternal mental health and fetal growth restriction: a systematic review. **Journal of Developmental Origins of Health and Disease**, v. 7, n. 4, p. 416 - 428, Ago. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1017/s2040174416000076>

LOPES, Renata Silva *et al.* O Período Gestacional E Transtornos Mentais: Evidências Epidemiológicas. **Humanidades & Tecnologia Em Revista (Finom)**. v. 19, n. 1, p. 36-54, Ago-Dez. 2019. Disponível em: [http://revistas.icesp.br/index.php/FINOM\\_Humanidade\\_Tecnologia/article/view/932/652](http://revistas.icesp.br/index.php/FINOM_Humanidade_Tecnologia/article/view/932/652)

MAFFEI, Bruna; MENEZES, Maria; CREPALDI, Maria Aparecida. Rede social significativa no processo gestacional: uma revisão integrativa. **Rev. SBPH**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 216-237, Jun. 2019. Disponível em:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582019000100012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000100012&lng=pt&nrm=iso)

MAGAGNIN, Cirilo. *et al.* Da conjugalidade à parentalidade: Gravidez, ajustamento e satisfação conjugal. **Aletheia**, n. 17-18, p. 41-52, 2003. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=115013455005>

MARQUES, Bruna Letícia *et al.* Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Escola Anna Nery**, v.25, n. 1, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0098>

MARTINS, Cristina; ABREU, Wilson; FIGUEIREDO, Maria do Céu. Transição para a parentalidade: A Grounded Theory na construção de uma teoria explicativa de Enfermagem. **Investigación Cualitativa en Salud**, v. 2, p. 40-49, Jul. 2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/46966>

NYSTRÖM, Kerstin; ÖHRLING, Kerstin. Parenthood experiences during the child's first year: Literature review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 46, n. 3, p. 319-330, Mai. 2004. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.02991.x>

OLIVEIRA, Maíra. Ribeiro; DESSEN, Maria Auxiliadora. Alterações na rede social de apoio durante a gestação e o nascimento de filhos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 29, n. 1, p. 81-88, Jan-Mar. 2012. DOI: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1590/S0103-166X2012000100009>

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**, 2016.

PACHECO, Alexandra *et al.* Antecipação da Experiência de Parto: Mudanças Desenvolvimentais Durante a Gravidez. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, v. 7, n.1, p. 7- 41, Jan-Dez 2005. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28770201>

PARANHOS, Ranulfo *et al.* Uma Introdução aos Métodos Mistos. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 18, n. 42, p. 384-411, Mai-Ago. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/15174522-018004221>

PASINATO, Liana; MOSMANN, Clarisse Pereira. Transição para a parentalidade e a coparentalidade: casais que os filhos ingressaram na escola ao término da licença-maternidade. **Av. Psicol. Latinoam.**, Bogotá, v. 34, n. 1, p. 129-142, Jan. 2016. DOI: <https://doi.org/10.12804/apl34.1.2016.09>

PASSOS, Juliana de Andrade; ARRAIS, Alessandra da Rocha; FIRMINO, Vitor Hugo Nascimento. Saúde Mental na Perinatalidade: perspectivas de usuárias e profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 31, n. 1, p. 161-178, Out. 2020. DOI: <https://doi.org/10.51723/ccs.v31i01.581>

PEDROTTI, Bruna Gabriella; FRIZZO, Giana Bitencourt. Influência da chegada do bebê na relação conjugal no contexto de depressão pós-parto: perspectiva

materna. **Pensando famílias**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 73-88, Jun. 2019 .  
Disponível em  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-494X2019000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2019000100007&lng=pt&nrm=iso)

PEREIRA, Priscila Krauss; LOVISI, Giovanni Marcos. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Arch. Clin. Psychiatry**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 144-153, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000400004>

PICCININI, Cesar Augusto *et al.* O Envolvimento Paterno Durante a Gestação. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, v. 17, n. 3, p. 303-314, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722004000300003>

PICCININI, Cesar Augusto *et al.* Gestação e Constituição da Maternidade. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 1, p. 61-70, Mar. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000100008>

PIO, Danielle Abdel Massih; OLIVEIRA, Mônica Martins. Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 23, n.1, p.313-324, Jan-Mar. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100025>

POHLMANN, Flávia Conceição *et al.* Modelo De Assistência Pré-Natal No Extremo Sul Do País. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 1, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-0707201600003680013>

RAPOPORT, Andrea; PICCININI, Cesar Augusto. Apoio social e experiência da maternidade. **Journal of Human Growth and Development**, v. 16, n 1, p. 85-96, Abr. 2006. Disponível em:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822006000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822006000100009&lng=pt&nrm=iso)

RONCHI, Juliana Peterle; AVELLAR, Luziane Zacché. Família e ciclo vital: a fase de aquisição. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p. 211-225, Ago. 2011. Disponível em:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682011000200004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682011000200004&lng=pt&nrm=iso)

RUSCHI, Gustavo Enrico Cabral *et al.* Determinantes da qualidade do pré-natal na Atenção Básica: o papel do Apoio Matricial em Saúde da Mulher. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 131-139, Abr- Jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201800020229>

SAAVEDRA, Janaína S., CESAR, Juraci. A., & LINHARES, Angélica. O. Assistência Pré-Natal no Sul do Brasil: cobertura, tendências e disparidades. **Rev. Saúde Pública**, v. 53, 2019. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000968>

SCHETTER, Christine Dunkel. Psychological Science on Pregnancy: Stress Processes, Biopsychosocial Models, and Emerging Research Issues. **Annu.**

**Rev. Psychol**, v. 62, p. 531-558, 2011. DOI:  
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.031809.130727>

SIDEBOTTOM, Abbey C. *et al.* Prenatal care: associations with prenatal depressive symptoms and social support in low-income urban women. **Arch Womens Ment Health**, v. 20, n. 5, p. 633-644, Out. 2017. DOI:  
<https://doi.org/10.1007/s00737-017-0730-0>

SILVA, Mônica Maria de Jesus *et al.* Depressão na gravidez: fatores de risco associados à sua ocorrência. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v. 16, n. 1. p. 1-12, Jan-Mar. 2020. Disponível em:  
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1094439>

SILVA, Tatiana Fernandez Carpinteiro. Avaliando a fidelidade de intervenções psicossociais: uma revisão sistemática da literatura. **J Bras Psiquiatr**, v. 63, n. 3, p. 260-271, Set. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000034>

SOUZA, Luiz Basso *et al.* Modelo de cuidado a gestantes e puérperas: perspectiva de profissionais da saúde da família. **Rev. Enferm. UFSM - REUFSM**, Santa Maria, v. 10, p. 1-23, Out 2020. Disponível em:  
<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/41803/html>

TIRELLI, Carolina.; GRZYBOWSKI, Luciana Suárez. **Ficha de Dados Sociodemográficos e de Saúde das Gestantes**, 2019.

TREVISAN, Maria do Rosário *et al.* Perfil da Assistência Pré-natal Entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 24, n. 5, p. 88-104, Jun. 2002. DOI:  
<https://doi.org/10.1590/S0100-72032002000500002>

TOSTES, Natália Almeida. **Percepção de Gestantes Acerca da Assistência Pré-natal, seus Sentimentos e Expectativas Quanto ao Preparo para o Parto**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, Universidade de Brasília, 2012.

VIELLAS, Elaine Fernandes *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30(Supl. 1), p. 85-100, Ago. 2014. DOI:  
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Cuidado Humanizado no Pré-Natal: Um Olhar para Além das Divergências e Convergências. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** v. 10, n. 3, p. 359-367, Set. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000300009>

ZANATA, Bruna.; LEVANDOWSKI, Daniela Centenaro; GRZYBOWSKI, Luciana Suárez. **Caracterização das mulheres gestantes e avaliação do cuidado pré-natal na região norte de Porto Alegre/RS**. (Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia), Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, 2018.

#### **4 ARTIGO**

##### **Intervenção Psicossocial com Gestantes no SUS: Aplicação e avaliação de protocolo**

**Artigo submetido à Revista Psicologia: Teoria e Prática**

**QUALIS A2**

**Carolina Marchese Tirelli Rocha**

**Luciana Suárez Grzybowski**

##### **Resumo**

A gestação é marcada por diversas mudanças em nível biopsicossocial. Portanto, exige-se uma abordagem integrativa na assistência à saúde da mulher e do bebê. O objetivo desta pesquisa foi aplicar e avaliar um protocolo de intervenção psicossocial para gestantes no contexto do pré-natal na saúde pública no Brasil. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, realizada com gestantes atendidas em unidades de saúde de Porto Alegre/RS. A intervenção foi realizada com um grupo de quatro gestantes, organizados em seis encontros semanais, de duas horas cada. As temáticas eram pré-estabelecidas e abordavam questões psicossociais da gestação. Além da ficha de dados sociodemográficos, para fins de avaliação, também aplicou-se instrumentos que avaliavam sintomas depressivos e ansiosos, qualidade de vida, suporte social, apego materno-fetal, bem como questionários de satisfação com as oficinas, aplicados pré e pós-intervenção. Os dados qualitativos, registrados em um diário de campo, foram analisados através da análise temática, enquanto as escalas por meio de técnicas estatísticas. Os resultados evidenciaram a possibilidade de abordar as transformações físicas e psicológicas que a mulher vivencia no ciclo gestacional, as relações familiares, os direitos das gestantes e o protagonismo feminino no processo de gestar, bem como o fortalecimento da rede de apoio intra e extra grupo. Conclui-se que a intervenção foi exitosa e que este protocolo tem potencial positivo de aplicabilidade e resultados satisfatórios sobre o processo, configurando-se como uma ferramenta importante para a assistência psicossocial no pré-natal.

Palavras- Chave: Intervenção Psicossocial. Pré-Natal. Sistema Único de Saúde. Assistência Perinatal. Gestantes

## **Psychosocial intervention with pregnant women in public health: Protocol application and evaluation**

### **Psychosocial intervention with pregnant women**

#### **Abstract**

Pregnancy is marked by several changes at the biopsychosocial level. Therefore, an integrative approach to health care for women and babies is required. The objective of this research was to apply and evaluate a protocol of psychosocial intervention for pregnant women in the context of prenatal care in public health in Brazil. This is a qualitative, descriptive and exploratory research, carried out with pregnant women treated at health units in Porto Alegre/RS. The intervention was carried out with a group of four pregnant women, organized in six weekly meetings of two hours each. The themes were pre-established and addressed psychosocial issues of pregnancy. In addition to the sociodemographic data sheet, for evaluation purposes, instruments were also applied that evaluated depressive and anxious symptoms, quality of life, social support, maternal-fetal attachment, as well as satisfaction questionnaires with the workshops, applied pre and post-natal care. intervention. Qualitative data, recorded in a field diary, were analyzed using thematic analysis, while scales were analyzed using statistical techniques. The results showed the possibility of addressing the physical and psychological changes that women experience in the gestational cycle, family relationships, the rights of pregnant women and the female role in the process of gestating, as well as the strengthening of the intra and extra group support network. It is concluded that the intervention was successful and that this protocol has a positive potential of applicability and satisfactory results on the process, configuring itself as an important tool for psychosocial assistance in prenatal care.

**Keywords:** Psychosocial Intervention. Prenatal. Unified Health System. Care. Pregnant Women

## **Intervención psicosocial con embarazadas en salud pública: Aplicación y evaluación del protocolo**

### **Intervención psicosocial con mujeres embarazadas**

#### **Resumen**

El embarazo está marcado por varios cambios a nivel biopsicosocial. Por lo tanto, se requiere un enfoque integrador de la atención de la salud de las mujeres y los bebés. El objetivo de esta investigación fue aplicar y evaluar un protocolo de intervención psicosocial para mujeres embarazadas en el contexto de la atención prenatal en salud pública en Brasil. Se trata de una investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria, realizada con gestantes atendidas en unidades de salud de Porto Alegre/RS. La intervención se realizó con un grupo de cuatro gestantes, organizadas en seis encuentros semanales de dos horas cada uno. Los temas fueron preestablecidos y abordaron cuestiones psicosociales del embarazo. Además de la ficha sociodemográfica, para fines de evaluación también se aplicaron instrumentos que evaluaron síntomas depresivos y ansiosos, calidad de vida, apoyo social, apego materno-fetal, así como cuestionarios de satisfacción con los talleres, aplicados pre y post intervención natal. Los datos cualitativos, registrados en un diario de campo, se analizaron mediante análisis temático, mientras que las escalas se analizaron mediante técnicas estadísticas. Los resultados mostraron la posibilidad de abordar los cambios físicos y psicológicos que experimentan las mujeres en el ciclo gestacional, las relaciones familiares, los derechos de las gestantes y el rol femenino en el proceso de gestar, así como el fortalecimiento del apoyo intra y extra grupal. la red. Se concluye que la intervención fue exitosa y que este protocolo tiene un potencial positivo de aplicabilidad y resultados satisfactorios en el proceso, configurándose como una herramienta importante para la asistencia psicosocial en el prenatal.

Palabras clave: Intervención Psicosocial. Atención Prenatal. Sistema Único de Salud. Atención Perinatal. Mujeres Embarazadas

## Introdução

A gestação é um período na vida da mulher que requer atenção especial, visto que envolve alterações físicas, hormonais, psíquicas e sociais, as quais influenciam diretamente na saúde da mãe, do bebê e do sistema familiar. Essa experiência social é compreendida como um momento de transição, ocorrendo a preparação psicológica para a parentalidade e a redefinição de identidades e papéis sociais, caracterizando-se como uma crise do ciclo vital familiar, podendo tornar a mulher mais suscetível às alterações psicoemocionais. Nesta fase, a mulher reflete sobre suas fantasias, sentimentos da própria infância e de papéis parentais, fazendo com que ocorram mudanças significativas nos mais diversos níveis ecológicos (Grossi et al., 2020).

Apesar do senso comum apontar a gestação como uma fase de plena realização da vida da mulher, é comum neste período maior sensibilidade emocional, sentimentos ambíguos sobre a gestação, inseguranças, insatisfação com as mudanças corporais, mudanças na relação conjugal, de rotina e da própria autonomia da mulher, que passa a ser responsável por si e pelo bebê em seu ventre (Grossi et al., 2020). Os medos, expectativas e dúvidas sobre a gestação, o parto e a transição para a parentalidade podem ser fonte de sofrimento para a mulher, sendo comum o aparecimento de transtornos psiquiátricos como depressão e ansiedade neste período (Frota et al., 2020).

Considerando tais questões, bem como o alcance e a cobertura da política pública do pré-natal, parece natural e esperado que haja uma abordagem de aspectos psicossociais durante a assistência ao ciclo gravídico-puerperal. O pré-natal, como ferramenta de prevenção e promoção de saúde da mulher e sua família, poderia criar espaços para discussão de questões emocionais acerca da maternidade, saúde mental materna, mudanças na relação conjugal, construção do papel de pai e mãe, mitos da maternidade, a importância da rede de apoio e as mudanças as quais a gestante e sua família passam, contribuindo para a melhora da qualidade de vida da mãe, adaptação familiar às novas demandas e, conseqüentemente, para o saudável desenvolvimento do bebê (Arrais, Araújo & Schiavo, 2019).

Ressalta-se que uma série de políticas públicas nesta área tem sido alvo de desenvolvimento nas últimas décadas no Brasil e tem tentado explicitar a necessidade desse cuidado integral. Os principais objetivos das políticas de atenção à saúde materno-infantil versam sobre a diminuição dos índices de morbimortalidade materna e infantil, diminuição dos indicadores de parto cesariana, incentivo às boas e humanizadas práticas assistenciais,

bem como garantia aos direitos reprodutivos e sexuais. Dentre as principais políticas, destacam-se o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) de 1984, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) de 2000 e, mais recentemente, o Programa Rede Cegonha, de 2011 (Cassiano, Carlucci, Gomes, & Bennemann, 2014). As ações de saúde no âmbito pré-natal devem estar em consonância com as diretrizes pautadas pelas políticas citadas, garantido uma abordagem integrativa que corrobore com a melhoria das condições de saúde das mulheres e suas famílias.

No entanto, o que se observa na prática é um cuidado fragmentado da saúde mulher e do bebê, pois apesar dos avanços das políticas públicas de atenção à saúde materno-infantil e das mudanças na formação na área da saúde, as práticas profissionais de atenção pré-natal ainda centram-se na execução de procedimentos, realização de exames de rotina e no controle de frequência nas consultas. Assim, evidencia-se o predomínio de um modelo de atenção tecnicista, o qual se ocupa do cuidado físico da gestante e do feto, deixando de lado aspectos psicológicos e socioculturais atrelados ao ciclo gestacional (Souza, Marchiori, Soccol, & Holkem, 2020). Tem sido um grande desafio e uma meta de difícil alcance, dar conta de um pré-natal qualificado com um acompanhamento minucioso, que não se restrinja apenas aos aspectos biológicos, mas que considere as transformações sociais, emocionais, físicas e culturais do ciclo gestacional, com ações educativas de caráter coletivo e comunitário, visando a integralidade da assistência e autonomia da mulher, a partir de práticas humanizadas e acolhedoras (OMS, 2016).

Neste sentido, grupos de pré-natal vem se constituindo como uma grande oportunidade para a realização de práticas educativas, possibilitando uma maior integração entre os profissionais de saúde e as gestantes, bem como propiciando um espaço acolhedor, de apoio e trocas de experiências entre gestante-gestante e gestante-profissional, maior vinculação das gestantes com a rede de saúde, fortalecimento de conhecimentos e direitos e incentivo à autonomia da mulher no ciclo gravídico-puerperal (Nunes et al., 2017). Porém, apesar de ações grupais com gestantes se mostrarem como uma prática de cuidado integrativa da saúde da mulher, tais ações são pouco difundidas quando comparadas ao modelo individual tradicional. Além disso, iniciativas de práticas grupais no pré-natal enquadram-se, em sua maioria, na lógica de transmissão de informação, abordando, principalmente, temáticas como amamentação, alimentação saudável, anticoncepção, hora do parto e hábitos em saúde da mãe e do bebê. Neste sentido, os grupos reforçam o saber biomédico como o mais relevante,

aniquilando a subjetivação e a singularidade do indivíduo, evidenciando, assim, uma visão reducionista da saúde da mulher (Souza et al., 2020).

Internacionalmente, destacam-se algumas iniciativas para uma assistência mais integral. O programa intitulado *Centering Pregnancy Care* (CP), desenvolvido nos Estados Unidos, consiste em uma alternativa grupal de assistência pré-natal baseada em três componentes: avaliação, construção de educação e habilidades e suporte integrativo. O programa visa um cuidado ampliado à saúde da gestante e do bebê, abordando tanto aspectos fisiológicos como psicológicos e ressaltando o apoio mútuo entre as gestantes como o diferencial da proposta (Massey, Rising & Ickovics, 2006). Um outro modelo desenvolvido no Paquistão (Atif et al., 2020) consiste em um programa grupal para mulheres com ansiedade gestacional. O programa intitulado “Happy Mother, Health Baby” baseou-se nos princípios da terapia cognitiva-comportamental e buscou promover um espaço de discussões acerca de questões psicológicas. Tais iniciativas reiteram o potencial de ampliação do cuidado pré-natal através de modelos grupais e da inclusão de aspectos psicossociais relacionados ao ciclo gestacional.

No Brasil, são poucos os modelos disponíveis de alternativas ao pré-natal tradicional. Destaca-se o programa de pré-natal intitulado Pré-Natal Psicológico (PNP), desenvolvido por uma equipe de psicologia de uma maternidade privada de Brasília (DF) em 2006, o qual oferece uma assistência socioeducativa de aspectos psicológicos associados ao ciclo gravídico-puerperal, podendo ocorrer no formato individual ou grupal (Arrais, Araújo & Schiavo, 2019). O estudo aponta que o programa se configura como um instrumento psicoprofilático, com foco na prevenção de transtornos mentais associados ao ciclo gestacional, tais como ansiedade e depressão pós-parto (DPP).

Desta feita, considerando o ciclo gestacional como um fenômeno biopsicossocial e a necessidade do desenvolvimento de programas que propiciem um cuidado integrativo à saúde da mulher e da família, o presente estudo aplicou e avaliou o Protocolo de Intervenção Psicossocial no Pré-natal, intitulado “E Lá Vem o Bebê: Conversando sobre as Transformações da Gravidez e do Nascimento dos filhos na Família”, que vem sendo realizado há 6 anos na região norte da cidade de Porto Alegre/RS (XXXX). Com isso, visou-se agregar uma tecnologia social de atenção integral no pré-natal em saúde pública, propondo mudanças na qualidade e no modelo de assistência à gestante.

## Método

### *Delineamento*

O presente estudo trata-se da aplicação e avaliação de um protocolo de intervenção psicossocial no pré-natal, com delineamento qualitativo, descritivo e exploratório (Creswell, 2007), realizado com gestantes que estavam em acompanhamento pré-natal no âmbito do SUS.

### *Participantes*

Participaram do estudo quatro gestantes, selecionadas por conveniência, em acompanhamento pré-natal na zona norte de Porto Alegre/RS. As participantes tinham idades variando entre 18 e 31 anos. Uma participante possuía nível de escolaridade ensino médio incompleto, duas ensino médio completo e apenas uma com ensino superior completo. Todas possuíam relacionamento com o pai do bebê, exceto uma participante – sendo que destas, duas coabitavam com o companheiro, enquanto duas ainda moravam com os pais. A média de tempo gestacional no início da intervenção foi de 11,3 semanas. Como critérios de inclusão, foram consideradas mulheres que estavam realizando o pré-natal em uma das unidades de saúde pertencentes à Gerência Distrital de Saúde Norte Eixo Baltazar de Porto Alegre/RS. Foram excluídas mulheres menores de 18 anos, analfabetas e aquelas que, na data de início da coleta de dados, estivessem no final do terceiro trimestre gestacional, considerando a impossibilidade de concluírem a intervenção. A tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos das participantes.

**Tabela 1**

### *Informações sociodemográficas das participantes*

<b>Participante</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
<b>Idade</b>	31	18	24	26	24,8	5,4
<b>Escolaridade</b>	Sup	Médio	Médio	Médio		
	Comp	Comp	Inc	Comp		
<b>Companheiro</b>	Sim	Sim	Sim	Não		
<b>Tempo gestacional (em semanas)</b>	16	14	7	8	11,3	4,4

### *Instrumentos*

*Questionário Sociodemográfico e de Saúde (XXXX)*: Este instrumento possibilita a obtenção de dados referentes à identificação das participantes, tais como idade, escolaridade, configuração familiar, além de dados de saúde gestacionais.

*Protocolo de Intervenção Psicossocial com Gestantes (XXXX)*: O protocolo é constituído por seis encontros/oficinas, com temáticas pré-estabelecidas, sendo elas: 1) Estar grávida: compreendendo esse novo momento; 2) Mãe e bebê: vinculação e mitos da maternidade; 3) Relações conjugais: as mudanças na relação do casal com a chegada do filho; 4) Parentalidade: tornar-se mãe e pai; 5) Rede de apoio: família e comunidade e 6) Integração e fechamento. Cada oficina tem previsão de duas horas de duração, com encontros semanais. As oficinas possuem diversos materiais gráficos (informativos, tirinhas, cartazes), de interação (jogos, atividades em grupo) e de reflexão (textos, casos, falas em grupo) para a utilização com as gestantes, promovendo discussões, interações e esclarecimentos grupais.

*Diário de Campo (Creswell, 2007)*: O diário de campo é uma ferramenta muito utilizada em estudos qualitativos nas ciências sociais, ocupando-se de registros de dados tanto objetivos, quanto subjetivos. Neste estudo, consistiu em uma agenda de anotações, na qual a observadora registrou aspectos como procedimentos adotados em cada oficina, principais tópicos das discussões do grupo, bem como serviu para a avaliação do engajamento e análise da compreensão da intervenção pelas participantes.

*Escala de Apego Materno Fetal –MFAS (Feijó, 1999)*: É uma escala do tipo Likert composta por 24 questões que avalia o grau de vinculação mãe-bebê com cinco opções de resposta, variando em: quase sempre, frequentemente, às vezes, raramente e nunca - que investiga o nível de vinculação da mãe com o feto. O instrumento possui evidências de validação positivas, com índice de consistência interna (alfa de Cronbach) de 0,63.

*Inventário de Ansiedade de Beck –BAI (Cunha, 2001)*: Este inventário mede a intensidade de sintomas de ansiedade e é constituído por 21 itens, com opções de respostas variando entre absolutamente não, levemente (não me incomodou muito), moderadamente (foi muito desagradável, mas pude suportar), gravemente (dificilmente pude suportar). O instrumento possui evidências de validade satisfatórias (alfa de Cronbach entre 0,71 a 0,72).

*Inventário de Depressão de Beck – BDI* (Cunha, 2001): Mede a intensidade de sintomas depressivos, possuindo 21 itens, sendo que cada um deles possui quatro alternativas em grau crescente de severidade da depressão, variando os escores de 0 a 3. O instrumento é válido para prever sintomas depressivos na população brasileira, com alfa de Cronbach de 0,86.

*Inventário de Percepção de Suporte Familiar - IPSF* (Baptista, 2007) : Visa avaliar o quanto as pessoas percebem as relações familiares em termos de afetividade, autonomia e adaptação entre os membros. Ele é composto por 42 questões, que se subdividem nos fatores Afetivo-Consistente, Adaptação Familiar e Autonomia. As opções de resposta são do tipo Likert, dividindo-se em “quase nunca ou nunca”; “às vezes”; “quase sempre ou sempre”. O instrumento possui evidências positivas de validação com alfa de Cronbach variando entre 0,78 e 0,91 entre as dimensões e o alfa da escala total de 0,93.

*Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde -WHOQOL – Bref* (Fleck et al., 2000): Objetiva avaliar a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Composto por 26 questões: duas sobre qualidade de vida global e saúde e as demais representando cada uma das 24 facetas que compõem o WHOQOL-100, sendo cada uma delas avaliada por apenas uma questão. O instrumento possui resultados satisfatórios de consistência interna com alfa de Cronbach variando entre 0,69 a 0,84 entre os domínios avaliados.

*Questionários de satisfação com a intervenção (XXXX)*: Os questionários de satisfação objetivam identificar, por oficina e ao final do programa, os benefícios percebidos pelas gestantes decorrentes do andamento e conclusão da intervenção. São avaliados itens como satisfação com as temáticas propostas, materiais, condução do grupo pela equipe e conhecimento adquirido. Os questionários são compostos por questões do tipo Likert, bem como questões abertas.

#### *Procedimentos de coleta de dados*

A coleta foi dividida em quatro fases: recrutamento de participantes, avaliação pré-intervenção, aplicação da intervenção e avaliação pós-intervenção.

Para a composição do grupo, o número mínimo de participantes eram quatro gestantes e o número máximo doze - visando a segurança e a viabilidade de condução da equipe. Desta

forma, para recrutar as participantes, as coordenadoras das unidades de saúde da região indicaram doze gestantes e a equipe de pesquisa realizou o convite *online*. Todas concordaram em participar e foram encaminhadas a um grupo de mensagens para maiores informações sobre a intervenção. Oito mulheres compareceram no pré-teste, sendo que destas, apenas quatro permaneceram na intervenção.

Foi realizada uma avaliação pré e pós-teste, com instrumentos que avaliavam sintomas depressivos e ansiosos, qualidade de vida, vínculo mãe-bebê, rede de apoio e nível de satisfação com a intervenção, sendo os mesmos autoaplicados, com duração média da aplicação de 50 minutos. No pré-teste, as participantes também assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e preencheram o questionário sociodemográfico.

O protocolo de intervenção foi realizado em 6 encontros, com frequência semanal, duração de aproximadamente duas horas cada, coordenados por duas psicólogas/mestrandas e observado por uma estudante de graduação em Psicologia, a qual ficou responsável pelo registro dos dados no Diário de Campo. Ao término de cada oficina, as participantes respondiam ao questionário de satisfação da oficina do dia. Os encontros ocorreram num auditório amplo da gerência do distrito sanitário, seguindo os protocolos de biossegurança da COVID-19, como distribuição de máscaras PFF2, uso de álcool gel, distanciamento e boa ventilação do ambiente. Ao final da última oficina, as gestantes responderam novamente aos instrumentos (pós-teste) e, em conjunto com eles, ao questionário de satisfação geral com a intervenção, assim finalizando o processo de coleta de dados.

#### *Análise dos Dados*

A análise dos dados do protocolo, gerados pelos questionários de satisfação e registros do Diário de Campo, foi realizada por intermédio da Análise Temática (Braun & Clarke, 2006), um método qualitativo utilizado para identificar e analisar padrões temáticos dentro dos dados qualitativos – favorecendo uma descrição robusta e detalhada. Tais dados foram organizados e transcritos para arquivo digital, no qual foi realizada a análise de categorias temáticas relacionadas aos conteúdos gerados nas oficinas. Posteriormente, os dados foram analisados por dois revisores, seguido da avaliação de um juiz. Para os dados quantitativos, gerados pelos instrumentos pré e pós-teste, foi criada uma planilha no Software Statistical Package for the Social Science (IBM SPSS) e analisados por meio de técnicas estatísticas descritivas como média e desvio padrão. Para verificar se houve diferenças significativas entre as variáveis estudadas foi utilizado o teste t de Student com nível de significância de  $p \leq$

0,05, comparando pré e pós-teste. Posteriormente, os dados quantitativos e qualitativos foram analisados de forma integrada, com peso maior aos dados qualitativos, possibilitando assim um aprofundamento do estudo por meio da triangulação de informações sobre o fenômeno em questão (Creswell, 2007).

### *Questões Éticas*

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número CAAE 35448720.8.0000.5345. Todas as gestantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como tiveram assegurados seus direitos enquanto participantes.

## **Resultados**

Os resultados serão apresentados em três seções, correspondentes ao diário de campo das oficinas, à avaliação de satisfação com a intervenção e aos instrumentos de comparação entre o pré-teste e o pós-teste. Posteriormente, será apresentada a discussão integrada dos achados.

### **Seção 1. Diário de Campo**

A partir dos dados gerados durante as discussões e registrados no diário de campo, foi realizada a análise temática das oficinas, o que permitiu a emergência dos seguintes temas: 1) *desestabilização e crise no sistema familiar*; 2) *desmistificando crenças sobre os papéis parentais e de gênero* 3) *rede de apoio familiar e comunitária*; 4) *empoderamento feminino no processo de gestar*. Para a identificação das mulheres gestantes, optou-se pelo uso dos símbolos P1, P2, P3 e P4, sendo “P” representando a palavra “participante”.

O tema “*desestabilização e crise no sistema familiar*” refere-se ao impacto que a chegada de um novo membro gerou nas famílias das participantes. O momento de revelação da gestação ao companheiro e a outros familiares foi apontado como um momento de apreensão e receio da reação dos membros. Cabe ressaltar que as participantes P2 e P4 não planejaram a gestação - dado que impactou diretamente nos relacionamentos interpessoais, havendo aumento de conflitos com os pais das crianças. No caso da P2, o parceiro não aceitou a gestação inicialmente, o que intensificou sentimentos negativos entre a dupla. No caso da P4, ela não possuía um relacionamento com o pai do bebê, o que gerou grande estresse no sistema como um todo (relacional e individual). Outro ponto importante refere-se ao relato da P3 sobre a vivência de estupro marital antes e durante a gestação. Conforme o discurso da

participante, houve aumento de conflitos, instabilidade e aumento de emoções negativas, impactando em seu bem-estar psicoemocional - o que demonstra a perpetuação da violência sexual e psicológica. Nesta mesma temática, as participantes destacaram a invasão de outros membros familiares na vida privada do casal como um grande problema, corroborando com o aumento de conflitos entre o casal e consequente diminuição da qualidade relacional.

O tema “*desmistificando crenças sobre os papéis parentais e de gênero*” diz respeito a desconstrução de mitos sociais como a maternidade natural e intuitiva, bem como os mitos observados nos relatos das participantes sobre as diferenças de gênero no desempenho parental, tais como: homens são menos afetivos e mais objetivos, enquanto as mulheres são mais intuitivas e aptas para os cuidados com o bebê. A experiência da P4 de não-aceitação da gestação oportunizou o acolhimento de diferentes vivências no processo de tornar-se mãe e pai, bem como a problematização de questões tidas como dadas socialmente no que se refere aos papéis parentais, tais como as crenças supracitadas. Além disso, discutiu-se sobre mitos da sexualidade entre o casal - evidenciando crenças pautadas nos papéis de gênero (necessidade sexual de homens e o papel da mulher em supri-las) . Conforme o relato das participantes, identificou-se padrões opressores e rígidos nas famílias de origem das participantes, em que sexo era tema tabu e proibido, bem como a herança transgeracional do que é “papel de homem” e do que é “papel de mulher” - o que possibilitou reflexões e desconstruções acerca dos padrões transgeracionais e crenças baseadas em estereótipos de gênero.

O tema “*rede de apoio familiar e comunitária*” se refere a como as gestantes percebiam sua rede social de apoio durante a gestação. Foi observado predominância de insatisfação e dificuldade inicial em identificar a composição da rede - evidenciado, principalmente, pelas divergências familiares que acabavam fragilizando o apoio. Além disso, houve dificuldade inicial em compreender a rede em um sentido mais amplo, considerando outras fontes de apoio além da rede familiar. A partir das dinâmicas propostas nas oficinas, as gestantes ampliaram suas percepções acerca da rede, reconhecendo, inclusive, o grupo de gestantes como uma das principais relações de apoio durante o ciclo gestacional.

Por fim, o tema “*empoderamento feminino no processo de gestar*” abrangeu as discussões sobre os direitos das gestantes nos âmbitos social, trabalhista e, principalmente, de saúde. As discussões sobre os direitos das gestantes instigaram o senso de protagonismo e autonomia no processo de tomada de decisão sobre a gestação e o seu próprio corpo. As

mulheres participantes se apropriaram de sua capacidade de escolha e autonomia, levando em consideração o saber da equipe de saúde, mas também os seus próprios desejos como pontos relevantes na experiência gestacional, dado que ficou evidente a partir dos relatos sobre os desejos e planos de parto - o que ainda não tinha sido abordado entre gestantes e profissionais de saúde.

## **Seção 2. Avaliação da satisfação com a intervenção**

A avaliação da satisfação com a intervenção se deu a partir dos dados gerados pelos instrumentos aplicados ao final de cada oficina, bem como pelo instrumento de avaliação final da intervenção. Nesses instrumentos, avaliou-se questões como os maiores aprendizados com os temas abordados, a satisfação com a condução da equipe, as contribuições das discussões na vivência da gestação, bem como sugestões e opiniões sobre as oficinas. Além disso, a satisfação com a intervenção também foi avaliada através da observação dos grupos e dos registros no diário de campo, envolvendo o comportamento e o engajamento das participantes ao longo dos encontros.

A partir dos resultados dos instrumentos de avaliação da intervenção, no que se refere à absorção de conhecimento pelas participantes, entende-se que as discussões geradas foram de suma importância para a vivência de uma gestação mais saudável – o que se explicita pelos comentários sobre a relevância das temáticas abordadas, como pontuou uma das participantes *“todos os assuntos falados foram bem absorvidos e vai ajudar muito no futuro”*. Além disso, percebe-se que as participantes compreenderam o teor das discussões a partir dos comentários sobre os aprendizados da temática do dia, como exemplifica o registro de uma participante sobre os maiores aprendizados da quarta oficina “Parentalidade: tornar-se mãe e pai”: *“Ah, como tratar os filhos sem humilhar eles, traumatizar... como ter uma relação saudável”*.

No que tange à satisfação com a condução do grupo pela equipe, foi observado altos índices de satisfação, tanto nas questões quantitativas, como nas questões qualitativas. Em um dos comentários, uma participante destacou como um dos aspectos positivos do encontro a condução da equipe de pesquisa: *“a troca e a conversa, e o profissionalismo deste time”*.

Outro ponto relevante que se refere ao nível de satisfação com os encontros foi a participação ativa das gestantes durante as oficinas. Tal dado se confirma pelas discussões realizadas e pelo engajamento das gestantes nesse processo. Além disso, nos questionários de satisfação, foi destacada a relevância das trocas e compartilhamento de experiências

propiciados pelo grupo, como explicitado nas falas a seguir: *“Em todo o encontro sempre aprendo com os relatos de experiência”*; *“a troca de experiências, sem dúvida”*.

Na avaliação final do grupo de gestantes, em que se avaliou a satisfação das participantes de forma geral com a intervenção, desde os conhecimentos adquiridos, procedimentos adotados na condução dos grupos, temáticas abordadas, até o tempo de duração tanto em semanas como em horas por encontro, os resultados sugerem grande satisfação com a intervenção e o reconhecimento da importância do grupo na vivência do ciclo gravídico-puerperal de forma mais integrativa. Os comentários das participantes na avaliação final, como *“foi muito bom, por mim não acabava mais”*; *“obrigada por tudo”*; *“poderia ter mais ou até o final da gestação”* - demonstram que o grupo se configurou como importante rede de apoio psicossocial no pré-natal.

### **Seção 3. Comparação entre os instrumentos (pré-teste e pós-teste)**

O objetivo da aplicação dos instrumentos pré e pós-teste foi o de caracterizar as participantes e suas condições gerais em relação a aspectos psicossociais tais como sintomatologia depressiva e ansiosa, qualidade de vida, rede de apoio e vinculação mãe-bebê. Também foi possível verificar diferenças entre a condição inicial e final, buscando identificar eventuais mudanças durante o período da intervenção.

Para verificar se houve mudanças significativas nas variáveis avaliadas - depressão, ansiedade, qualidade de vida, apego materno-fetal e percepção do suporte familiar - foram comparados os resultados dos instrumentos do pré e pós-teste. Foi utilizado o teste t de Student com nível de significância de  $p \leq 0,05$ . De forma geral, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis estudadas, mas cabe explorar os dados gerados pelos instrumentos. Observou-se que os dados se mantiveram em sua maioria estáveis, ou com pequenas melhoras nos índices, exceto a variável ansiedade em que se nota uma piora na média pós-intervenção. Ressalta-se que as variáveis que apresentaram maiores diferenças entre o pré e o pós-teste foram o apego materno-fetal, o fator autonomia do IPSF e o domínio psicológico do WHOQOL. Esses dados se relacionam com as principais temáticas abordadas pela intervenção – o que pode ser uma justificativa de melhores índices no pós-teste.

A tabela 2 apresenta as médias das avaliações pré e pós-teste. Comparando os escores individuais entre pré-teste e pós-teste, nota-se que nos instrumentos BDI e BAI os escores

ficaram entre mínimo e leve, indicando que nenhuma das participantes apresentava quadro psicopatológico. No que se refere aos escores do MFAS, no pré-teste a P1 e P4 apresentaram apego médio, enquanto a P2 e P3 apego máximo. Já no pós-teste, todas apresentaram apego máximo, exceto a P4 que se manteve com apego médio. No instrumento WHOQOL-bref, observa-se que as médias dos domínios físico e relações sociais se mantiveram estáveis, enquanto os domínios psicológico e meio ambiente apresentaram diferença positiva entre pré e pós-teste. As médias dos fatores afetivo-consistente e adaptação se mantiveram estáveis entre pré e pós-teste (classificação baixa) e o fator autonomia apresentou diferença entre as médias, passando de médio-baixo para médio-alto. O escore total do instrumento não apresentou diferença, permanecendo como baixo no pré e pós-teste.

**Tabela 2**

*Resultados instrumentos pré e pós-teste*

<b>Participante</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>p-valor</b>
<b>BAI_pre</b>	2	3	9	16	7,5	6,5	0,343
<b>BAI_pos</b>	2	10	8	18	9,5	6,6	
<b>BDI_pre</b>	4	4	12	20	10,0	7,7	0,745
<b>BDI_pos</b>	1	7	4	24	9,0	10,3	
<b>Apego_pre</b>	66	82	74	70	73,0	6,8	0,548
<b>Apego_pos</b>	80	84	91	56	77,8	15,2	
<b>PHYS</b>	71,4	78,6	67,9	53,6	67,9	10,5	0,907
<b>PHYS_pos</b>	82,1	60,7	60,7	64,3	67,0	10,3	
<b>PSYCH</b>	62,5	70,8	45,8	41,7	55,2	13,8	0,324
<b>PSYCH_pos</b>	75,0	75,0	87,5	33,3	67,7	23,7	
<b>SOCIAL</b>	58,3	75,0	50,0	66,7	62,5	10,8	1,000
<b>SOCIAL_pos</b>	50,0	66,7	75,0	58,3	62,5	10,8	
<b>ENVIR</b>	56,3	65,6	40,6	43,8	51,6	11,6	0,340
<b>ENVIR_pos</b>	62,5	65,6	59,4	40,6	57,0	11,2	

<b>OVERALL</b>	75	75	50	62,5	65,6	12,0	0,182
<b>OVERALL_pos</b>	75	87,5	62,5	62,5	71,9	12,0	
<b>Afetivo-Consistente</b>	22	32	10	18	20,5	7,9	0,686
<b>Afetivo-Consistente pos</b>	26	25	17	6	18,5	8,0	
<b>Adaptação</b>	18	22	15	18	18,3	2,5	0,861
<b>Adaptação pós</b>	18	24	16	14	18,0	3,7	
<b>Autonomia</b>	14	14	5	11	11,0	3,7	0,162
<b>Autonomia pós</b>	15	15	14	14	14,5	0,5	
<b>Total IPFS</b>	54	68	30	47	49,8	13,7	0,858
<b>Total IPFS - pos</b>	59	64	47	34	51,0	11,6	

### Discussão

O modelo grupal de pré-natal vem sendo destacado como importante alternativa assistencial por seu caráter integrativo da saúde da mulher (OMS, 2016). Percebeu-se através dos *feedbacks* das participantes que a interação grupal foi de suma importância para uma vivência gestacional mais positiva. Ao longo das oficinas, diversos aspectos psicossociais foram abordados, evidenciando as grandes transformações psíquicas vivenciadas pelas participantes, bem como as implicações de tais mudanças no sistema familiar.

Grossi et al. (2020) indicam que o ciclo gestacional caracteriza-se como uma crise do ciclo vital, pois a chegada de um bebê exige do casal adaptações de papéis e tarefas a fim de preparar o espaço para mais um membro, o que pode gerar inicial desordenação no sistema familiar. Tais dados corroboram com os relatos das participantes, as quais destacaram aumento de conflitos entre o casal, bem como com outros membros da família extensa, após a descoberta da gestação. Ainda, os relatos das participantes P2, P3 e P4, demonstram problemas no relacionamento anteriores à gestação, tais como conflitos conjugais e rompimentos temporários, que se agravaram após a descoberta, evidenciando algo crônico que se intensificou neste momento.

Adicionalmente, o relato da P3 sobre sua vivência de estupro marital antes e durante a gestação, conduziu a discussões acerca de tal temática. A violência contra a mulher é

reconhecida como um problema de saúde pública e envolve agressão física, psicológica, patrimonial, moral ou sexual. Ocorrência de violência antes da gestação configura-se como preditor para violência durante o ciclo gravídico-puerperal, associando-se com depressão materna, abuso de álcool/drogas, prematuridade e baixo peso ao nascer (Campos et al., 2019). Tais dados corroboram com a experiência relatada pela P3, que, apesar de não ter pontuado para sintomatologia depressiva significativa no pré e pós-teste, relatou já ter vivenciado episódios depressivos recentes, tendo que interromper o uso da medicação psiquiátrica durante a gestação. Desta forma, durante o encontro, viu-se a necessidade de orientar as gestantes sobre o ciclo de violência conjugal, as políticas públicas de proteção à mulher e os direitos das mulheres a fim de romper com o padrão de violência e prevenir agravos em saúde perinatal.

O relacionamento com a família extensa também foi afetado pela descoberta da gestação. As participantes trouxeram queixas recorrentes a respeito da invasão de membros familiares, demonstrando fronteiras pouco delimitadas, bem como rede de apoio fragilizada. A literatura indica que a família extensa possui papel importante nesta fase do ciclo vital, configurando-se como uma das principais potenciais redes de apoio à mulher. No entanto, ao mesmo tempo em que pode se configurar como fator de proteção, caso não cumpra seu papel de rede de apoio no enfrentamento à crise, pode se constituir como fator de risco durante o ciclo gravídico-puerperal, impactando negativamente na saúde da mãe, do bebê e da nova família que se inicia (Avanzi et al., 2019). Tais dados estão de acordo com os resultados dos fatores Afetivo-Consistente e Adaptação do IPSF, demonstrando a percepção de pouco acolhimento e apoio familiar, bem como presença de brigas e conflitos entre os membros.

Adicionalmente, a rede de apoio pode ser entendida para além do sistema familiar, incluindo outros contextos comunitários como serviços de saúde, escolas, igrejas e creches. Ressalta-se que o apoio social pode ser entendido como as relações sociais e as ligações entre grupos e pessoas, incluindo aqui os grupos formais institucionais como as Estratégias de Saúde da Família (ESF) que a gestante frequenta (Avanzi et al., 2019). Neste sentido, as participantes apontaram o grupo de gestantes como importante rede de apoio durante o pré-natal. Concernente a isso, o domínio Meio Ambiente do WHOQOL-bref - que inclui a percepção sobre a disponibilidade e qualidade de cuidados de saúde e sociais - apresentou aumento de pontuação entre pré e pós-teste, indicando, portanto, que o protocolo de

intervenção psicossocial pode se caracterizar como ferramenta importante de promoção de saúde materna e familiar.

No que se refere ao processo de construção da vinculação mãe-bebê, este também é influenciado pelo contexto psicossocial em que as gestantes estão inseridas. Neste sentido, percebeu-se que a participante P4, a qual relatou não desejar a gestação, pois não tinha planejado e nem estava em um relacionamento estável com o pai do bebê, demonstrava pouco investimento afetivo na relação com o feto - o que ficou evidente a partir da sua resistência em se envolver nas dinâmicas que estimulavam a vinculação mãe-bebê propostas nas oficinas. Tal demanda foi acolhida e validada pelas coordenadoras do grupo, a fim de naturalizar e desmistificar a vivência de não-aceitação dessa participante. O exercício da maternidade é permeado por crenças e mitos sociais, incumbindo a mulher de cumprir com deveres e prerrogativas externas, tais como o instinto materno, amor incondicional, amor materno, entre outros. Ao experienciar sentimentos opostos, a mulher passa a se sentir culpada e frustrada, dificultando ainda mais a aceitação e construção do vínculo (Frota et al., 2020). Considerando tais aspectos, buscou-se oferecer um espaço de acolhimento às particularidades da experiência de cada gestante, sem julgamentos ou exigências sociais. No instrumento MFAS, foi observada uma leve piora dos escores da P4 entre pré e pós-teste, ainda que a classificação geral tenha se mantido estável (apego médio). Tal declínio pode ser associado justamente à desmistificação dos mitos associados ao papel materno, que, inicialmente, a participante pode ter respondido de acordo com a desejabilidade social do maternar e, posteriormente, se permitido aceitar as próprias angústias desse processo. Considerando que todas as participantes estavam no início da gestação (entre 8 e 16 semanas), o vínculo mãe-bebê ainda estava no início do processo, tendendo a ser fortalecido com o passar das semanas gestacionais. Tal dado pode ser observado no aumento dos escores individuais do MFAS entre pré e pós-teste das participantes P1, P2 e P3, exceto da participante P4.

Diferenças na construção da maternidade e paternidade também foram pontos importantes discutidos durante as oficinas. Observou-se no relato das participantes diversas crenças a respeito da construção da parentalidade, pautadas pelos mitos sociais sobre papéis de gênero. Neste sentido, destacou-se a naturalização da pouca interação do pai com o bebê durante a gestação, sendo a figura paterna associada ao provimento financeiro, à conduta pouco afetiva e à inaptidão para cuidados com bebês - enquanto que a relação da mãe com o bebê foi destacada como natural, *“já que a mãe carrega o bebê no ventre”*. Tais crenças estão

baseadas em estereótipos sexistas que vinculam o exercício da paternidade exclusivamente à provisão material, enquanto o amor materno é instituído como natural e intuitivo (Botton et al., 2015). Além disso, ficou evidente no discurso das gestantes os estereótipos de gênero relacionados à sexualidade do homem e da mulher usados como argumentos por homens para justificar suas práticas abusivas, tais como necessidade sexual fisiológica e a obrigação da mulher em suprir tal necessidade, mesmo que de forma coercitiva, como ocorreu com a P3. Ainda, outros mitos sexuais durante o ciclo gestacional surgiram, tais como medo de machucar o bebê, a figura puritana da mulher-mãe e o sexo como algo prejudicial e não natural durante a gestação. Nesse sentido, entende-se que tal discurso constitui-se a partir dos mitos sociais que circundam o imaginário coletivo, bem como das crenças e valores transmitidos entre os membros familiares (Fiamoncini & Reis, 2018).

No que se refere à avaliação da satisfação com a intervenção, entende-se a partir da participação ativa das participantes nas oficinas, bem como a partir dos resultados das avaliações de cada encontro e da avaliação geral, que a intervenção foi exitosa. Para Berkel, Schoenfelder e Sandler (2011) a capacidade de resposta dos participantes é uma das dimensões do processo de implementação de um programa e esta inclui o envolvimento, engajamento, interesse e satisfação das participantes como indicativos de resultados positivos. A satisfação das gestantes também pode ser aferida através dos relatos durante as oficinas sobre a importância do apoio do grupo, o desejo de mais encontros semanais e a resistência com o encerramento do processo. No que se refere ao interesse, este pode ser observado através do envolvimento das gestantes ao longo das discussões, as quais compartilhavam suas histórias e se mostravam com postura ativa na construção dos diálogos. A partir desses indicativos transversais e longitudinais, o protocolo se mostrou como um recurso potente a ser disseminado no âmbito da assistência pré-natal, corroborando com o aumento da qualidade dos serviços oferecidos às gestantes na saúde pública.

### **Considerações Finais**

O presente estudo objetivou aplicar e avaliar um protocolo de intervenção psicossocial com gestantes no contexto do pré-natal na saúde pública. Com o intuito de ampliar o escopo de atendimento à gestante, incluindo o suporte psicossocial nesse processo, verificou-se, a partir dos relatos das participantes, bem como a partir dos instrumentos de avaliação, que o protocolo de intervenção se configurou como uma rede importante de prevenção e promoção

de saúde durante o ciclo gestacional, suprimindo algumas lacunas apontadas pela literatura no que tange ao suporte durante o ciclo gravídico-puerperal.

Diversos aspectos foram abordados ao longo das oficinas, marcadas, principalmente, pelo incentivo ao protagonismo das participantes no processo de gestar e parir. As discussões propostas oportunizaram reflexões acerca da parentalidade, mitos sociais do maternar e aspectos relacionais micro e macrosociais. Nota-se que a realização do protocolo de pré-natal psicossocial foi um diferencial na vivência gestacional das mulheres participantes, evidenciado, principalmente, pela percepção da relevância dos aspectos abordados durante as oficinas e dos *feedbacks* sobre como os dados discutidos as ajudariam no enfrentamento das crises em andamento durante a gravidez e previstas pela chegada de um bebê. Além disso, o engajamento das participantes nas discussões foi outro indicativo da relevância da intervenção e da possibilidade de realização de intervenções com sentido e foco na vida das mulheres.

De forma geral, os resultados sugerem evidências favoráveis dos benefícios do protocolo de intervenção psicossocial com gestantes. No entanto, observou-se que a pouca adesão à proposta configura-se como um desafio aos profissionais envolvidos no desenvolvimento de tais atividades. Entende-se que abordagens desse tipo ainda são pouco difundidas nos atendimentos pré-natais, o que reforça a predominância de um modelo tradicional embasado nos cuidados físicos e individuais da gestante e feto. Outro aspecto relevante é o fato de que os psicólogos não estão inseridos na atenção básica, o que pode dificultar a disseminação de práticas que integrem questões psicossociais atreladas ao ciclo gestacional. Por outro lado, também reforça a necessidade de educação permanente no que tange a aspectos psicossociais dos profissionais de saúde que realizam a assistência pré-natal.

Os dados qualitativos possibilitaram uma análise minuciosa do processo de avaliação da intervenção. No que se refere aos dados quantitativos, algumas observações são importantes. As limitações da avaliação pré e pós-teste podem ser atribuídas, principalmente, ao número baixo de participantes, bem como pelas características psicossociais das gestantes participantes. O contexto pandêmico pode ter contribuído para a baixa adesão presencial. Conforme os resultados, nenhuma das mulheres deste estudo apresentou indícios de quadros psicopatológicos, mostrando, portanto, que os principais benefícios da intervenção referem-se ao fortalecimento da rede de apoio da mulher, mudança da visão de papéis sociais cristalizados, ao incentivo à autonomia e protagonismo da mulher gestante, trocas de experiências e a vivência de um ciclo gravídico-puerperal mais positivo. Ademais, sugere-se

estudos futuros com medidas *follow up* a fim de observar o alcance dos benefícios do protocolo longitudinalmente.

Através dos dados gerados pelas oficinas e pelos instrumentos de avaliação da intervenção, é possível observar o potencial do Protocolo de Intervenção Psicossocial com Gestantes no SUS como instrumento de educação, promoção e prevenção à saúde. Buscou-se oferecer um espaço de escuta e atenção, ultrapassando a lógica de um grupo apenas informativo, mas considerando as gestantes como sujeitos ativos no processo gestacional. A proposta do modelo grupal considera, principalmente, a construção de uma rede de apoio comunitária, onde as gestantes compartilham suas vivências em comum, buscam orientações e trocam experiências. O protocolo de pré-natal psicossocial configura-se, portanto, como um espaço promotor de saúde coletiva e da autonomia de mulheres no ciclo gestacional. Seu diferencial encontra-se no foco em sua aplicação no sistema público de saúde, através da atenção básica, atingindo, assim, a ponta da assistência às mulheres gestantes nas mais diversas regiões de saúde e contextos socioculturais. Além disso, destaca-se pelo caráter psicossocial, que engloba um olhar clínico, familiar, social e de direitos sobre o ciclo gravídico-puerperal.

Levando-se em conta os resultados exitosos da intervenção proposta, destaca-se a sua potencialidade de aplicação nos mais diversos contextos de saúde, considerando o baixo custo para sua realização frente aos significativos benefícios para a vivência de uma gestação mais saudável. É de fundamental importância o desenvolvimento de ações que visem o aprimoramento do atendimento pré-natal, priorizando cada vez mais a saúde da mulher de forma integrativa, enxergando-a para além de um corpo físico/biológico e integrando as distintas facetas desta experiência de gestar, parir e cuidar.

### Referências

Arrais, A. R., Araújo, T. C. C. F., & Schiavo, R. A. (2019) Depressão e ansiedade gestacionais relacionadas à depressão pós-parto e o papel preventivo do pré-natal psicológico. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2), 23–24. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.706>.

Atif, N., Nazir, H., Zafar, S., Chaudhri, R., Atiq, M., Mullany, L. C., Rowther, A. A., Malik, A., Surkan, P. J., & Rahman, A. (2020). Development of a Psychological Intervention

to Address Anxiety During Pregnancy in a Low-Income Country. *Front Psychiatry*, 10. <https://dx.doi.org/10.3389%2Ffpsyt.2019.00927>

Avanzi, S. A., Dias, C. A., Silva, L. O. L., Brandão, M. B. F., & Rodrigues, S. M. (2019). Importância do apoio familiar no período gravídico-gestacional sob a perspectiva de gestantes inseridas no PHPN. *Rev. Saúde Col. UEFS*, 9, 55–62. <https://doi.org/10.13102/rscdauefs.v9i0.3739>.

Baptista, M. N. (2007). Inventário de percepção de suporte familiar (IPSF): estudo componencial em duas configurações. *Psicol. cienc. prof.*, 27(3), 496–509. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932007000300010>.

Berkel, C., Mauricio, A. M., Schoenfelder, E., & Sandler, I. N. (2011). Putting the pieces together: An integrated model of program implementation. *Prevention Science*, 12(1), 23–33. <https://doi.org/10.1007/s11121-010-0186-1>.

Botton, A., Cúnico, S. D., Barcinski, M., & Strey, M. N. (2015). Os papéis parentais nas famílias: analisando aspectos transgeracionais e de gênero. *Pensando famílias*, 19(2), 43–56.

Campos, L. M., Gomes, N. D., Santana, J. D, Cruz, M. A., Gomes, N. P., & Pedreira, L. C. (2019). A violência conjugal expressa durante a gestação e puerpério: o discurso de mulheres. *Rev Min Enferm*, 23. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190078>.

Cassiano, A. C. M., Carlucci, E. M. S., Gomes, C. F., & Bennemann, R. M. (2014). Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. *Revista do Serviço Público*, 65(2), 227–244. <https://doi.org/10.21874/rsp.v65i2.581>.

Cunha, J. A. (2001). Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Creswell, J. W. (2007). Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto (2ª ed, L. O., Rocha, Trad.). Porto Alegre: Artmed Editora.

Dessen, M.A., & Braz, M. P. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrente do nascimento de filhos. *Rev Psic.: Teor. e Pesq.* 16(3). <https://doi.org/10.1590/S0102-37722000000300005>.

Feijó, M. C. C. (1999). Validação brasileira da “maternal-fetal attachment scale”. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 51(4), 52–62.

Fiamoncini, A. A., Reis, M. de M. F. dos. (2018). Sexualidade e gestação: fatores que influenciam na expressão da sexualidade. *Revista Brasileira De Sexualidade Humana*, 29(1), 91–102. <https://doi.org/10.35919/rbsh.v29i1.49>.

Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon,

22V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178–183. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>.

Frota, C. A., Batista, C. A., Pereira, R. I. N., Carvalho, A. P. C., Cavalcanti, G. L. F., Lima, S. V. A., Silva, C. N. R., Araújo, L. F. A., & Santos, F. A. S. (2020). A transição emocional materna no período puerperal associada aos transtornos psicológicos como a depressão pós-parto. *REAS/EJCH*, 48. <https://doi.org/10.25248/reas.e3237.2020>.

Grossi, V. C. V., Rocha, C. R., Vernaglia, T. V. C., & Barbosa, M. N. (2020). Cuidado educativo no ciclo gravídico-puerperal à luz da teoria de Paulo Freire: contribuições para assistência. *Research, Society and Development*, 9(11). <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9471>.

Massey, Z., Rising, S. S., & Ickovics, J. (2006). CenteringPregnancy group prenatal care: promoting relationship-centered care. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(2), 286–294. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00040.x>.

Nunes, G. de P., Negreira, A. S., Costa, M. G., Sena, F. G., Amorim, C. B., & Kerber, N. P. da C. (2021). Grupo de gestantes como ferramenta de instrumentalização e potencialização

do cuidado. *Cidadania Em Ação: Revista De Extensão E Cultura*, 1(1), 77–90. <https://doi.org/10.5965/259464121177>

OMS. Organização Mundial da Saúde. (2016) Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf;jsessionid=A20F8A28A8CFB83E84279339A2462747?sequence=2>

Souza, L. B., Marchiori, M. R. C. T., Soccol, K. L. S., & Holkem, G. A. L. (2020). Modelo de cuidado a gestantes e puérperas: perspectiva de profissionais da saúde da família. *Rev. Enferm. UFSM - REUFSM*, 10, 1-23. <https://doi.org/10.5902/2179769241803>.

## 5 CONCLUSÃO GERAL

Esta dissertação se propôs a aplicar e avaliar as contribuições de uma intervenção psicossocial com gestantes no âmbito do pré-natal na saúde pública e a produzir evidências a respeito dos principais benefícios do protocolo a partir dos *feedbacks* das gestantes participantes. Entende-se que os objetivos do estudo foram alcançados, contribuindo para o enriquecimento do conhecimento sobre os fatores psicossociais envolvidos no ciclo gravídico-puerperal na comunidade científica.

O momento da chegada de um filho na família é marcado pela complexidade de fatores que extrapolam o viés biológico da gestação, mas inclui profundas transformações psicossociais na vida da mulher, do casal e do sistema familiar como um todo. Portanto, entende-se a gestação como um fenômeno biopsicossocial, o qual necessita de uma atenção que contemple todas as esferas envolvidas. Contudo, a assistência pré-natal no Brasil ainda carece de modelos interventivos que englobem os aspectos psicossociais como parte dos cuidados dispensados às gestantes.

Neste sentido, ressalta-se a relevância deste estudo como possibilidade de ferramenta para uso do protocolo de intervenção psicossocial com gestantes nos mais diversos contextos de atenção às mulheres grávidas e suas famílias. Os achados indicaram que existe demanda de cunho psicoemocional relacionadas ao ciclo gestacional que, em sua maioria, não são abordadas pelo modelo tradicional de pré-natal, corroborando com dados da literatura sobre essa lacuna da assistência.

Ao longo das oficinas foi possível trabalhar assuntos como as principais transformações vivenciadas pelas participantes após a descoberta da gestação, as mudanças na relação conjugal, os relacionamentos familiares, mitos da maternidade, direitos das gestantes, fortalecimento da rede de apoio e o empoderamento das mulheres frente ao seu processo de gestar e parir. Como diferencial deste estudo, destaca-se o caráter de transformação social através do incentivo à uma participação ativa nas reflexões e discussões propostas. Assim, ultrapassou-se a lógica de um modelo educativo, onde os coordenadores detém um saber a ser transmitido aos participantes, limitando os processos reflexivos e de autonomia dos envolvidos. Tal aspecto foi evidenciado pela adesão das demandas

próprias das gestantes com os temas pré-estabelecidos das oficinas, demonstrando o caráter não rígido do protocolo.

Em relação ao processo de avaliação, os resultados mostraram que as discussões geradas pelas oficinas proporcionaram mudanças significativas na vivência do ciclo gestacional das participantes. Identificou-se que as principais contribuições foram o fortalecimento da rede de apoio das gestantes, o fortalecimento da autonomia, o enriquecimento do conhecimento acerca da parentalidade, a vivência de uma gestação mais positiva, bem como a troca de experiências propiciadas pelo formato grupal. Durante o processo, as gestantes refletiram sobre crenças e mitos já consolidados, assim os problematizando e oportunizando a construção de perspectivas diferentes acerca da maternidade, parentalidade, relações familiares e rede de apoio.

Em termos de satisfação com a intervenção, as participantes relataram que as oficinas foram proveitosas e de grande utilidade para o enfrentamento dos desafios impostos pela gestação e pela chegada de um novo membro familiar. Além disso, reforçaram o quanto a vivência no grupo foi uma experiência importante em termos de compartilhamento de angústias e de rede de apoio durante esse processo.

Contudo, na avaliação pré e pós-teste, os resultados foram limitados, principalmente por conta do número pequeno de participantes. Desta forma, não se pôde obter uma relação entre os resultados da intervenção com as variáveis medidas pelos instrumentos, principalmente índices de depressão e ansiedade. Outro limitador refere-se à pouca adesão de outras participantes, que, na fase de recrutamento totalizou doze mulheres que aceitaram participar da pesquisa, mas desistiram logo na fase do pré-teste. Neste sentido, sugere-se estudos com número de amostra maior, a fim de obter dados mais precisos a respeito do potencial do protocolo em termos de prevenção e promoção de transtornos psicológicos atrelados ao ciclo gestacional, por exemplo. Outras recomendações para estudos futuros referem-se a inclusão de grupo controle, bem como medidas de *follow-up* a fim de observar o alcance dos benefícios do protocolo longitudinalmente. Como pontos fortes da intervenção, destacam-se sua ampla possibilidade de aplicação, considerando seu baixo custo e sua facilidade de adaptabilidade em diferentes contextos comunitários.

A realização deste estudo envolveu o comprometimento da equipe de pesquisa para a efetivação da mesma. Desde a construção dos aspectos metodológicos até o desenvolvimento de habilidades para a aplicação da intervenção foi um trabalho realizado em conjunto. Durante o processo, a pandemia foi um dificultador no desenvolvimento e aplicabilidade da pesquisa, exigindo da equipe a capacidade de adaptação e o exercício do senso de coletividade. Mais uma vez, o caráter grupal se mostrou como uma potente estratégia de enfrentamento, evidenciando a necessidade do trabalho de “muitas mãos” para fazer pesquisa. Considerando o formato grupal como um dos principais pilares desta intervenção, optou-se por aguardar as liberações dos órgãos de saúde quanto a realização de atividades presenciais, o que acabou atrasando e dificultando a etapa de coleta de dados. Apesar do atraso, outras atividades relacionadas à pesquisa foram pensadas e, dentre elas, destaca-se uma experiência docente nos cursos de graduação de Psicologia, Enfermagem e Medicina da UFCSPA. As coordenadoras da pesquisa ministraram uma disciplina eletiva intitulada “Novas abordagens no Pré-Natal: ampliando o olhar sobre a saúde materno infantil” para os cursos mencionados, contribuindo, assim, para a ampliação na formação acadêmica a respeito dos aspectos psicossociais envolvidos no ciclo gravídico-puerperal.

Por fim, espera-se que as discussões propostas agreguem não só para a comunidade acadêmica, mas que cumpram com o seu compromisso social de expandir-se para os contextos comunitários, corroborando, assim, com as políticas públicas da área, bem como para a qualificação da assistência no âmbito do pré-natal. Os resultados sugerem evidências positivas sobre as potencialidades do protocolo “E Lá Vem o Bebê: Conversando sobre as Transformações da Gravidez e do Nascimento dos filhos na Família”. Ademais, os achados contribuem para o avanço do conhecimento científico na área materno-infantil, rompendo com o padrão biologicista da gestação, incluindo componentes psicossociais no escopo de atenção à saúde da mulher e sua família e se constituindo em potente tecnologia social para aplicação em saúde pública.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE DAS GESTANTES (Tirelli e Grzybowski, 2019)

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 Telefone residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 Local: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_\_\_  
 Nº do Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Ocupação: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade:  
 Analfabeta  Ens. Fund. Completo  Ens. Fund. Incompleto  
 Ens. Médio Completo  Ens. Médio Incompleto  Ens.  
 Sup. Completo  Ens. Sup. Incompleto

Tem companheiro (a):  sim  não  
 Mora com companheiro(a):  sim  não  
 Com quem mora? \_\_\_\_\_  
 Tempo gestacional: \_\_\_\_\_ semanas  
 Sexo do bebê:  masculino  feminino  
 Número de gestações: \_\_\_\_\_ Número de filhos: \_\_\_\_\_

A gestação presente foi planejada?:  sim  não  
 Tem complicações nesta gestação:  sim  não Quais? \_\_\_\_\_  
 Tem doenças (orgânicas ou psicológicas) prévias:  sim  não  
 Quais? \_\_\_\_\_

Tem acompanhante nas consultas do pré-natal:  sim  não  às vezes  
 Quem te acompanha? \_\_\_\_\_  
 Preferência de parto:  vaginal/normal  cesárea Por que?  
 Realiza ou já realizou acompanhamento psicológico? \_\_\_\_\_

Já participou de algum grupo psicológico de gestantes?  sim  não  
 Tem conhecimento sobre teus direitos como gestante e mulher?  sim  não

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)  
Intervenção Psicossocial com Gestantes no Âmbito do SUS: Aplicação e Avaliação do  
Protocolo.**

Você \_\_\_\_\_ (nome da participante), está sendo convidada a participar deste estudo, que tem como principal objetivo aplicar e avaliar uma intervenção psicossocial realizada com gestantes no contexto do pré-natal atendidas nas Unidades de Saúde da Região Norte/Eixo Baltazar de Porto Alegre. A proposta da intervenção é a aplicação de um protocolo de pré-natal psicossocial que tem como objetivo abordar questões psicoemocionais envolvidas no ciclo gestacional. Para a efetivação da intervenção, serão realizados 6 encontros, em média 2 horas cada, com temáticas pré-estabelecidas sobre o pré-natal biopsicossocial. Para a avaliação das contribuições psicossociais do protocolo, esta pesquisa contará com a aplicação de testes pré e pós-intervenção. O primeiro e último encontro serão destinados ao preenchimento dos instrumentos de avaliação, com tempo estimado de 40 minutos cada. Assim, serão 8 encontros ao total, sendo 2 para aplicação de instrumentos (início e fim) e 6 oficinas de intervenção.

Este trabalho trata-se de uma pesquisa de Mestrado desenvolvida pela psicóloga Carolina Marchese Tirelli Rocha, orientada pela Profa Dra Luciana Suárez Grzybowski, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Os riscos de participação no estudo são mínimos e dizem respeito a algum sentimento de desconforto que você possa vir a ter, por relação a alguma vivência pessoal ou por alguma situação que possa gerar ansiedade. Em qualquer dos casos, você poderá desistir de participar e será acolhido pela equipe de pesquisa. Você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem que isso lhe prejudique de nenhuma maneira. Por outro lado, ao participar deste estudo, você terá acesso a um ambiente acolhedor e a um espaço de trocas de conhecimentos sobre as transformações biopsicossociais no pré, parto e pós-parto. Destacamos que sua participação é voluntária, ou seja, você não receberá nenhuma remuneração por participar. Eventuais despesas decorrentes da participação na pesquisa serão ressarcidas pelos pesquisadores, bem como indenizações diante de eventuais danos decorrentes de sua participação.

Os dados obtidos, físicos ou digitais, serão utilizados somente para estudo, sendo os mesmos armazenados pela coordenadora da pesquisa, em caráter confidencial, na UFCSPA (Rua Sarmento Leite, 245, sala 603, Bairro Farroupilha, Porto Alegre – RS), durante 5 (cinco) anos e, após, totalmente descartados (conforme Resolução 466/2012 e Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde).

Como procedimentos éticos, as participantes da pesquisa terão assegurados os seguintes direitos:

- Garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados à pesquisa;
- Liberdade de retirar o consentimento, a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo para a vida pessoal ou profissional.
- Garantia do sigilo de identidade quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa;
- Informações sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e, em caso de dúvida ou novas perguntas, as participantes poderão entrar em contato com a pesquisadora Carolina Marchese Tirelli Rocha pelo telefone (51) 983.131.939, ou sua orientadora, Luciana Suárez Grzybowski,

responsável pelo projeto, pelo telefone (51) 3303-8826, na UFCSPA. Também, em caso de dúvidas quanto às questões éticas, poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA, pelo telefone (51)3303-8804, ou o Comitê de Ética em Pesquisa da SMS de Porto Alegre, situado na Rua Capitão Montanha, 27, 7º andar (Centro Histórico), pelo telefone (51)3289-5517 e e-mails cep\_sms@hotmail.com ou cep\_sms@sms.prefpoa.com.br (horário de atendimento: 8h00 às 14h00, sem intervalo).

- Recebimento de uma via de igual teor deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a equipe de pesquisa.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de

Assinaturas:

Equipe de pesquisa:

---

Participante da pesquisa:

---

### APÊNDICE C – Avaliação do Encontro (Tirelli & Grzybowski, 2019)

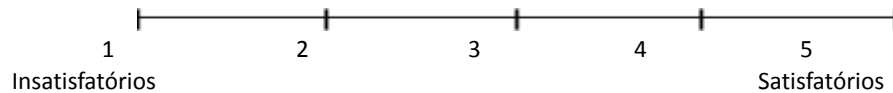
As questões a seguir tratam da sua avaliação sobre diferentes aspectos do encontro de hoje. Por favor, para respondê-las utilize a escala de “1” a “5”. Marque um X sobre a opção que melhor reflete a sua avaliação. A escala é gradativa: quanto mais positiva sua avaliação, marque um número mais à direita.

Data:

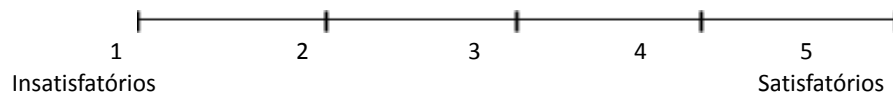
Temática do dia:

Posto:

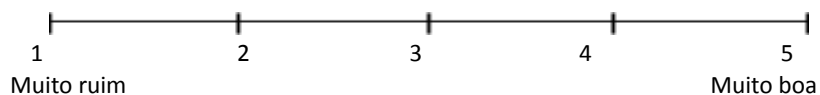
1. Com relação aos temas abordados hoje, como avalia o que você conhecia antes do grupo?



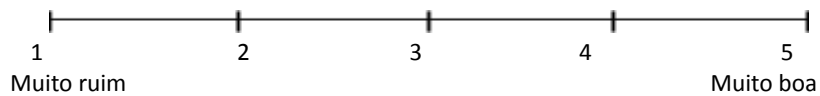
2. Como você avalia os conhecimentos que adquiriu neste encontro do grupo?



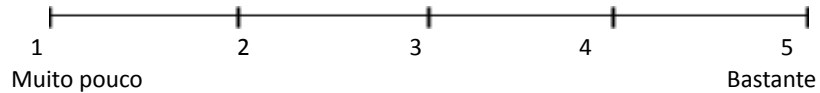
3. Como você avalia a qualidade das explicações e a condução do encontro pela equipe?



4. Como você avalia a qualidade do material oferecido neste encontro?



5. O quanto você julga que o que aprendeu hoje poderá contribuir para a sua gravidez e pós-parto?



6. Quais foram os maiores aprendizados?

---

7. Em sua opinião, quais os aspectos negativos do encontro de hoje?

---

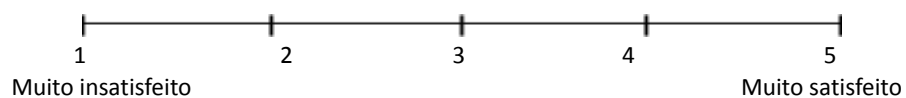
8. Em sua opinião, quais os aspectos positivos do encontro de hoje?

---

9. Em sua opinião, algum ponto importante a respeito da temática não foi contemplado? Cite-o.

---

10. Qual o seu nível de satisfação em relação ao encontro de hoje?



11. Você tem alguma sugestão ou comentário?

---



---



## ANEXOS

### ANEXO A – Normas de formatação do periódico Revista Psicologia: Teoria e Prática



Sobre Atual Arquivos Notícias Portal de Periódicos Portal Mackenzie Contato

[Início](#) / [Submissões](#)

O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso. [Acesso](#) em uma conta existente ou [Registrar](#) uma nova conta.

#### Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- |   |   |
|---|---|
| ✓ | O texto é inédito e não foi publicado em nenhum outro veículo de divulgação.  |
| ✓ | O texto versa sobre tema relacionado a Avaliação Psicológica, Desenvolvimento Humano, Psicologia Social, Psicologia Clínica ou Psicologia e Educação. |
| ✓ | O texto contém título de até 12 palavras em português, inglês e espanhol.   |
| ✓ | O texto contém resumo de até 250 palavras em português, inglês e espanhol.  |
| ✓ | No arquivo do texto não há indicação explícita de autoria.  |
| ✓ | O texto acompanha as orientações formais disponíveis nas Diretrizes para Autores.   |

#### Diretrizes para Autores

##### TEXTO

- O artigo deve ser submetido em arquivo doc. ou docx. Textos enviados em outro formato serão recusados.
- Em todos os artigos deverá constar:
  - Página inicial com: Título em português, inglês e espanhol (com no máximo 12 palavras); Título abreviado em português, inglês e espanhol (com no máximo cinco palavras); Indicação da seção da revista a qual o artigo foi submetido; **Sem identificação dos autores.**
  - Resumos em português, inglês e espanhol (máximo de 250 palavras em todos os idiomas) com cinco palavras chaves;
  - Financiamentos (quando houver);
  - Não incluir notas de rodapé.
- Folha de rosto (esta deve ser enviada como documento suplementar):
  - Nome dos autores, ORCID de cada um dos autores e afiliação institucional; Indicação do autor de correspondência com e-mail e endereço;

As modalidades previstas pela revista são:

- Artigos originais** baseados em dados empíricos limitados a 25 páginas, que devem incluir todas as partes do artigo, inclusive referências, tabelas e figuras. Número máximo de 20 referências. Seguir a estrutura: Introdução (não subdividir em tópicos); Método (identificar subseções: participantes, instrumentos ou materiais e procedimentos); Resultados; Discussão (incluindo a conclusão) e Referências.
- Artigos de revisão (sistemática ou de escopo)**, limitados a 25 páginas incluindo um número máximo de 40 referências. Seguir a estrutura: Introdução (não subdividir em tópicos); Método (critérios de

inclusão do material na revisão, procedimentos de coleta dos dados documentais e procedimentos de análise); Resultados; Discussão (incluindo a conclusão) e Referências.

- **Artigos de casos clínicos**, limitados a 10 páginas, incluindo um número máximo de 15 referências. Seguir a estrutura: Introdução (não subdividir em tópicos); Método (caracterização clínica do caso, procedimentos de avaliação e intervenção); Resultados; Discussão do caso (incluindo conclusão) e Referências.
- **Informes breves** sobre dados de pesquisa, limitados a 5 páginas, incluindo um número máximo de 15 referências. Seguir a estrutura: Introdução (não subdividir em tópicos); Método (identificar subseções: participantes, instrumentos ou materiais e procedimentos); Resultados; Discussão (incluindo a conclusão) e Referências.

#### **Formatação do arquivo:**

**Resumo/Abstract/Resumen:** (alinhado à esquerda e em bloco único) com, no máximo, 250 palavras nos três idiomas. O resumo deve conter uma apresentação breve, mas precisa do conteúdo do artigo contemplando os principais itens na ordem em que eles aparecem no texto. São necessárias cinco palavras-chave em cada um dos idiomas do resumo.

**Corpo do texto:** não devem aparecer os nomes dos autores. Não é necessário iniciar uma nova página a cada tópico. Fonte Times New Roman, com corpo 12, e espaçamento de 1,5, sem exceder o número de páginas em relação ao tipo de artigo. Todas as páginas devem ser numeradas. O texto deve ser alinhado à esquerda, não justificado. Recue apenas a primeira linha do parágrafo. É proibido o uso de recursos especiais de edição de tipo sublinhado, hifenização, macros.

**Figuras, Quadros e Tabelas:** Figuras, quadros e tabelas devem ser inseridos após as referências e são limitados a um total de quatro por modalidade de artigo, excetuando-se os informes breves, que têm o limite de duas. Os arquivos originais das tabelas e figuras deverão, adicionalmente, ser inseridos no OJS em formato editável e em alta resolução (300 dpi) como arquivos adicionais para, se necessário, serem utilizados na editoração final do artigo, caso esse seja aceito.

**Referências:** Seguir normas da American Psychological Association (APA) – 6a ed. Listadas por ordem alfabética de sobrenome dos autores. Os trabalhos de mesmo autor único são ordenados por ano de publicação (começando pela mais antiga).

\*Em caso de artigo, o DOI será exigido ao final da referência.

**Para mais informações acerca das normas da APA 6ª edição, criamos um guia simplificado de citações e referências. Para baixá-lo é só copiar o endereço em seu navegador:**

<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/libraryFiles/downloadPublic/16>

**Anexos:** Usados apenas quando forem estritamente necessários e incluídos somente após consulta ao Editor da revista.

**Contagem das páginas:** Se inicia a partir da Introdução e terminará contando as tabelas e figuras ao final do artigo, depois das referências. Os arquivos originais das figuras, tabelas, quadros e gráficos devem ser submetidos, também, como arquivos separados.

#### **Indicação de revisores**

Juntamente com a submissão, os autores deverão indicar nomes de cinco possíveis revisores (e seu e-mail) que tenham afinidade ao tema tratado no artigo e sem conflito de interesse com os autores. Esses revisores obrigatoriamente deverão possuir título de doutor e não poderão ter publicado artigos em conjunto com qualquer dos autores. Esses nomes poderão ser escolhidos ou não pelo conselho de editores que julgará sua pertinência como revisores.

#### **Descrição da participação dos autores**

Deverá ser apresentado, como arquivo suplementar, um documento com a descrição da participação de cada autor na elaboração do trabalho e os dados de cada um (nome completo, filiação institucional, dados de autor responsável pela correspondência - nome, endereço postal, endereço eletrônico).

#### **Auxílios Financeiros**

Auxílios financeiros deverão ser indicados durante a submissão eletrônica no campo reservado para esse fim e deverão ser indicados no próprio manuscrito.

#### **Checklist**

Artigos de Revisão Sistemática e de Revisão de Escopo devem submeter o checklist correspondente preenchido.

[Checklist de Revisão Sistemática](#)

[Checklist de Revisão de Escopo](#)

#### **Declaração de Direito Autoral**

Junto ao artigo deverá ser enviada como arquivo digital uma carta assinada por todos os autores e dirigida ao Editor, autorizando o processo editorial.

Segue modelo:

#### **DECLARAÇÃO DE DIREITO AUTURAL**

Os direitos autorais dos artigos publicados na *Psicologia: Teoria e Prática* pertencem aos autores, que concedem à **Universidade Presbiteriana Mackenzie** os direitos de publicação do conteúdo.

**(incluir nomes e assinaturas de todos os autores)**

#### **Carta de compromisso com a Tradução**

Deverá ser enviada também como arquivo digital a **carta de compromisso** com a tradução e, assim como nos **Direitos Autorais**, ela deverá ser assinada por todos os autores. Os custos da tradução ocorrerão **exclusivamente por parte dos autores**, que se comprometem a isso desde o envio da carta que nos autoriza a iniciar o processo editorial, conforme modelo:

#### **CARTA DE TRADUÇÃO**

Nós, autores abaixo assinados, que submetemos o artigo "**(incluir nome do artigo)**" de autoria de "**(incluir nomes dos autores)**" à avaliação da *Revista Psicologia Teoria e Prática*, concordamos com a tradução de nosso artigo para a língua inglesa, caso ele seja aceito para a publicação. Concordamos que a tradução seja realizada por alguma das empresas de tradução indicadas pela revista e que os custos desse processo serão pagos pelos autores diretamente ao responsável pela tradução. Aceitamos cumprir o prazo de 30 dias a contar da aceitação do artigo para enviar a versão traduzida para a revista.

**(incluir nomes e assinaturas de todos os autores)**

#### **Comitê de Ética**

É imprescindível que, quando se tratar de pesquisas com seres humanos, o autor envie uma cópia da **aprovação do Comitê de Ética** como arquivo digital. Mesmo artigos de casos clínicos e artigos sobre relatos de experiência profissional devem apresentar essa aprovação.

#### **Informações sobre versão em inglês**

1. Uma vez que a *Revista Psicologia Teoria e Prática* adota publicação bilingue de seus artigos, após o aceite final do artigo, os autores são responsáveis pelo envio, ao editor, da versão em inglês, em um prazo máximo de 30 dias.
2. Essa versão obrigatoriamente deverá ser feita por um dos profissionais ou empresas especializadas indicadas pela revista, garantindo a qualidade linguística da versão e a sua compatibilidade com o artigo em português.
3. Os custos da tradução ocorrerão exclusivamente por parte dos autores que se comprometem a isso no envio da carta que autoriza o início do processo editorial.
4. Caso a qualidade da versão em inglês não seja adequada ou não haja compatibilidade entre ela e o artigo aprovado em português, serão solicitadas novas modificações antes da publicação.

#### **Indicação de tradutores:**

American Journal Experts - <http://www.aje.com>

Elsevier - Translation Services - <http://webshop.elsevier.com/language-translation-services>

Martin Webster - [martinwebster2@gmail.com](mailto:martinwebster2@gmail.com)

Arlene Belluzzo - [aline.assessoria@gmail.com](mailto:aline.assessoria@gmail.com)

Enago Brasil - <http://www.enago.com.br/request-br@enago.com>

José Belém de Oliveira Neto - [jose.bon@uol.com.br](mailto:jose.bon@uol.com.br)

James Allen - [jamesallen20@gmail.com](mailto:jamesallen20@gmail.com)

Philip Gradon Reed - [philipgradonreed@gmail.com](mailto:philipgradonreed@gmail.com)

Lucas Monte (One School) – lucas@oneschool.com.br / lucasmonte@gmail.com – (11) 9 9638 5590

### **Avaliação Psicológica**

O objetivo da seção é divulgar trabalhos que evidenciem estudos psicométricos e/ou aplicação de instrumentos no processo de avaliação psicológica em diferentes contextos de atuação do psicólogo e demais profissionais que trabalhem em interface com a psicologia. Neste momento, a seção de Avaliação Psicológica está priorizando manuscritos que investigam de forma integrada diversos passos na adaptação ou desenvolvimento de instrumentos, inclusive com vários tipos de evidências de validade. Não estamos aceitando, portanto, artigos que realizam apenas tradução e adaptação de instrumentos, com ou sem evidências de validade de conteúdo.

### **Desenvolvimento Humano**

O objetivo da seção é divulgar estudos sobre desenvolvimento humano e/ou seus transtornos com ênfase na interdependência de elementos biológicos, psicológicos e ambientais nos processos de mudanças, a partir de diferentes teorias e práticas baseadas em evidências. Abrange também estudos sobre o desenvolvimento a partir de modelos experimentais em animais.

### **Psicologia e Educação**

O objetivo da seção é divulgar estudos em psicologia na interface com a educação a partir do conhecimento produzido em diferentes teorias e práticas baseadas em evidências. Os estudos podem abranger políticas públicas em educação, formação de professores, aprendizagem e práticas inclusivas.

### **Psicologia Clínica**

O objetivo da seção é divulgar trabalhos voltados à saúde mental, em nível individual e coletivo, empregando dispositivos clínicos já consagrados ou em desenvolvimento. Os trabalhos podem enfatizar aspectos epidemiológicos, diagnósticos, prognósticos, psicoterápicos em diferentes modalidades e diferentes teorias e práticas baseadas em evidências da psicologia, contemplando também estudos em interface com outras áreas da saúde.

### **Psicologia Social e Saúde das Populações**

A seção tem como objetivo divulgar estudos no campo da psicologia social e da saúde cujos pressupostos teóricos e as estratégias metodológicas estejam orientados por uma concepção de sujeito como ser indissociável da sociedade e da história. Prioridade será dada para estudos epidemiológicos que tratam de inequidades em saúde mental. Outras questões de saúde mental, como aspectos emocionais e de bem-estar, assim como trabalho, instituição e violência, podem se encaixar nessa seção.

### **ESPECIAL – Covid-19: Impacto psicológico em indivíduos, família e sociedade**

Esta é uma seção especial que foi organizada em outubro de 2020. As submissões **FORAM ENCERRADAS**.

### **Declaração de Direito Autoral**

Os direitos autorais dos artigos publicados na *Psicologia: Teoria e Prática* pertencem aos autores, que concedem à **Universidade Presbiteriana Mackenzie** os direitos de publicação do conteúdo.

### **Política de Privacidade**

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

### **Idioma**

## ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Intervenção Psicossocial com Gestantes no Âmbito do SUS: Aplicação e Avaliação de Programa

**Pesquisador:** Luciana Suárez Grzybowski

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 35448720.8.0000.5345

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.330.155

**Apresentação do Projeto:**

O ciclo gravídico-puerperal é marcado por diversas mudanças em nível biopsicossocial. Considerando as demandas psicológicas envolvidas na gestação, modelos grupais de pré-natal têm sido utilizados como uma boa alternativa ao pré-natal individual, repercutindo em diversos benefícios psicossociais na saúde materna e perinatal. Desta forma, o objetivo desta pesquisa é aplicar e avaliar uma intervenção psicossocial realizada com gestantes no contexto do pré-natal na saúde pública no Brasil. Trata-se de uma pesquisa de método misto com desenho quase-experimental, com pré e pós-teste, realizada com gestantes atendidas em unidades básicas de saúde de um distrito sanitário de Porto Alegre/RS. A avaliação da intervenção se dará com a aplicação de sete instrumentos para avaliar sintomas depressivos e ansiosos relacionados à gestação, qualidade de vida, suporte social, apego materno-fetal e questionários de satisfação com as oficinas, aplicados antes e após a intervenção. A intervenção se dará em três unidades de saúde, com grupos compostos por até 10 gestantes cada, em diferentes fases gestacionais, organizados em seis encontros semanais, com duração de, aproximadamente, duas horas e previstos para ocorrer em um mês e meio. Para a efetivação das oficinas utilizar-se-á

**Endereço:** Rua Sarmento Leite ,245

**Bairro:** Sarmento

**CEP:** 90.050-170

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3303-8804

**E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 4.330.155

materiais gráficos, interativos e reflexivos – a fim de tornar a prática dinâmica e integrativa. As temáticas são pré-estabelecidas e abordam questões

como o novo papel materno, vinculação e mitos da maternidade, relações conjugais, parentalidade e suporte social no período pré e pós-parto. Para

a análise dos dados qualitativos será utilizada a análise temática, enquanto as escalas serão analisadas por meio de técnicas estatísticas.

Posteriormente, seguir-se-á a proposta de metodologia por triangulação das fontes de dados. Como resultados, espera-se prevenir e/ou diminuir

riscos de transtornos psicossociais relacionados à gravidez, bem como promover qualidade de vida e suporte social. Como conclusões, espera-se

que a intervenção psicossocial contribua para o aprimoramento das políticas públicas voltadas a saúde materno infantil.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Aplicar e avaliar uma intervenção psicossocial realizada com gestantes no contexto do pré-natal na saúde pública.

Objetivo Secundário:

Avaliar, através da aplicação dos instrumentos no período pré-teste e pós-teste, as contribuições da intervenção psicossocial com gestantes no

âmbito do SUS; Identificar os possíveis benefícios da intervenção a partir do ponto de vista das gestantes, considerando aspectos emocionais,

sociais, relacionais e familiares envolvidos na gestação; Realizar um levantamento do perfil sociodemográfico das gestantes participantes;

Estabelecer critérios de avaliação para a intervenção psicossocial “E Lá Vem o Bebê: Conversando Sobre as Transformações da Gravidez e do Nascimento dos Filhos na Família”.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os riscos de participação no estudo são mínimos e dizem respeito a algum sentimento de desconforto que as gestantes participantes possam vir a

ter, por relação a alguma vivência pessoal ou por alguma situação que possa gerar ansiedade.

Benefícios:

Espera-se que as participantes sejam diretamente beneficiadas, tendo acesso a um ambiente

**Endereço:** Rua Sarmento Leite ,245

**Bairro:** Sarmento

**CEP:** 90.050-170

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3303-8804

**E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 4.330.155

Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	08:47:35	MARCHESE TIRELLI ROCHA	Aceito
Outros	termo_de_anuencia.pdf	20/07/2020 08:45:33	CAROLINA MARCHESE TIRELLI ROCHA	Aceito
Outros	TCDU_SMS.docx	10/07/2020 12:41:03	CAROLINA MARCHESE TIRELLI ROCHA	Aceito
Outros	formulario_sms.pdf	10/07/2020 12:39:38	CAROLINA MARCHESE TIRELLI ROCHA	Aceito
Outros	anunciosms.PDF	10/07/2020 12:38:02	CAROLINA MARCHESE TIRELLI ROCHA	Aceito
Outros	relatorio.doc	10/07/2020 12:34:17	CAROLINA MARCHESE TIRELLI ROCHA	Aceito
Outros	TCDU.doc	10/07/2020 12:27:40	CAROLINA MARCHESE TIRELLI ROCHA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 09 de Outubro de 2020

---

**Assinado por:**  
**Fernanda Bordignon Nunes**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Sarmento Leite ,245

**Bairro:** Sarmiento

**CEP:** 90.050-170

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3303-8804

**E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

### ANEXO C – Inventário de Ansiedade de Beck (Cunha, 2001)

- 1) Abaixo está uma lista com algumas questões. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente (Não me incomodou muito)	Moderadamente (Foi muito desagradável, mas pude suportar)	Gravemente (Difícilmente pude suportar)
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

### ANEXO D – Inventário de Depressão de Beck (Cunha, 2001)

“Lerei 4 frases sobre sentimentos que você possa estar sentindo. Escolha entre elas uma que melhor defina como você se sente nesta semana, incluindo hoje”.

1	<p>0 Não me sinto triste.  1 Eu me sinto triste.  2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.  3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p>	2	<p>0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.  1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.  2 Acho que nada tenho a esperar.  3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p>
3	<p>0 Não me sinto um fracasso.  1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.  2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.  3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p>	4	<p>0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.  1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.  2 Não encontro um prazer real em mais nada.  3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p>
5	<p>0 Não me sinto especialmente culpado.  1 Eu me sinto culpado às vezes.  2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.  3 Eu me sinto sempre culpado.</p>	6	<p>0 Não acho que esteja sendo punido.  1 Acho que posso ser punido.  2 Creio que vou ser punido.  3 Acho que estou sendo punido.</p>
7	<p>0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.  1 Estou decepcionado comigo mesmo.  2 Estou enojado de mim.  3 Eu me odeio.</p>	8	<p>0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.  1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.  2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.  3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p>
9	<p>0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.  1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.  2 Gostaria de me matar.  3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p>	10	<p>0 Não choro mais que o habitual.  1 Choro mais agora do que costumava.  2 Agora, choro o tempo todo.  3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.</p>
11	<p>0 Não sou mais irritado agora do que já fui.  1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.  2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.  3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.</p>	12	<p>0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.  1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.  2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.  3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.</p>
13	<p>0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.  1 Adio minhas decisões mais do que costumava.  2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.  3 Não consigo mais tomar decisões.</p>	14	<p>0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.  1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.  2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.  3 Considero-me feio.</p>
15	<p>0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.  1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.</p>	16	<p>0 Durmo tão bem quanto de hábito.  1 Não durmo tão bem quanto costumava.  2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade</p>

	<p><b>2</b> Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.</p> <p><b>3</b> Não consigo fazer nenhum trabalho.</p>		<p>para voltar a dormir.</p> <p><b>3</b> Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.</p>
17	<p><b>0</b> Não fico mais cansado que de hábito.</p> <p><b>1</b> Fico cansado com mais facilidade do que costumava.</p> <p><b>2</b> Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.</p> <p><b>3</b> Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p>	18	<p><b>0</b> Meu apetite não está pior do que de hábito.</p> <p><b>1</b> Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.</p> <p><b>2</b> Meu apetite está muito pior agora.</p> <p><b>3</b> Não tenho mais nenhum apetite.</p>
19	<p><b>0</b> Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.</p> <p><b>1</b> Perdi mais de 2,5 Kg.</p> <p><b>2</b> Perdi mais de 5,0 Kg.</p> <p><b>3</b> Perdi mais de 7,5 Kg.</p> <p>Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM ou NÃO</p>	20	<p><b>0</b> Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.</p> <p><b>1</b> Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.</p> <p><b>2</b> Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.</p> <p><b>3</b> Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.</p>
21	<p><b>0</b> Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.</p> <p><b>1</b> Estou menos interessado por sexo que costumava.</p> <p><b>2</b> Estou bem menos interessado em sexo atualmente.</p> <p><b>3</b> Perdi completamente o interesse por sexo.</p>		

**ANEXO E – Escala de Apego Materno Fetal (Feijó, 1999)**

- 2) Abaixo você vai responder a algumas questões sobre sua relação com seu bebê. Pense em cada uma das situações apresentadas e responda o mais sinceramente possível. Por favor, leia todas as questões e marque com um “x” dentro do quadrado que mais se encaixa nas suas ações.

	Sempre	Frequentemente	Às Vezes	Raramente	Nunca
1. Eu converso com meu bebê					
2. Eu me refiro a meu bebê usando um apelido					
3. Eu cutuco meu bebê para que ele responda com movimentos					
4. Eu acaricio minha barriga para acalmar o bebê quando ele chuta muito					
5. Eu pego o pé do meu bebê através da minha barriga para mudar a posição dele					
6. Eu me pergunto se o bebê não se sente apertado (com câimbras) dentro de mim					
7. Eu quase posso imaginar como será a personalidade de meu bebê a partir da maneira como ele/ela se mexe					
8. Eu fico me perguntando se o bebê escuta sons dentro de mim					
9. Eu fico pensando se o bebê pensa e sente “coisas” dentro de mim					
10. Parece que meu bebê chuta e se mexe para me avisar que é hora de comer					
11. Eu sei quando meu bebê está com soluços					
12. Eu gosto de ver minha barriga mexer quando o bebê chuta lá dentro					
13. Eu estou louca para ver como será a cara do bebê					
14. Eu escolhi um nome para menina					
15. Eu escolhi um nome para menino					

16. Eu acho que todo desconforto da gravidez vale a pena					
17. Eu faço coisas para me manter saudável que não faria caso não estivesse grávida					
18. Eu como carnes e verduras para garantir que meu bebê tenha uma boa saúde					
19. Eu acho que meu corpo está feio					
20. Eu deixo de fazer certas coisas porque quero ajudar meu bebê					
21. Eu me imagino alimentando (amamentando) o bebê					
22. Eu me imagino cuidando (tomando conta) do bebê					
23. Eu mal posso esperar para segurar o bebê					
24. Eu tento imaginar como será o aspecto (a cara, o jeito) do bebê					

**ANEXO F – Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (Fleck et al., 2000)**

- 2) Abaixo aparecem algumas questões sobre aspectos gerais de sua vida. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito Ruim	Ruim	Nem ruim Nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão às informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas

		Muito Ruim	Ruim	Nem Ruim Nem Bom	Bom	Muito Bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3-	4	5

20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas Vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

**ANEXO G – Inventário de Percepção de Suporte Familiar (Baptista, 2007)**

- 1) Agora você vai responder a algumas questões sobre seu dia a dia com sua família. Por favor, leia atentamente cada afirmativa e marque com um “x” na que melhor se adéqua a sua situação.

Nº	AFIRMAÇÕES	QUASE NUNCA OU NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE OU SEMPRE
1.	Acredito que a minha família tenha mais problemas Emocionais que as outras famílias.			
2.	As pessoas na minha família seguem as regras estabelecidas entre eles.			
3.	Há regras sobre diversas situações na minha família			
4.	Meus familiares me elogiam.			
5.	Cada um em minha família tem deveres e responsabilidades específicas.			
6.	Meus familiares só mostram interesse uns pelos outros quando podem ter vantagens.			
7.	Eu sinto raiva da minha família.			
8.	Em minha família brigamos e gritamos uns com os outros.			
9.	Os membros de minha família expressam claramente pensamentos e emoções uns com os outros.			
10.	Minha família permite que eu me vista do jeito que eu quero.			
11.	Minha família discute seus medos e preocupações.			
12.	Minha família me faz sentir que posso cuidar de mim mesmo quando estou sozinho(a).			

13.	Eu me sinto como um estranho na minha família.			
14.	Meus familiares me deixam sair o tanto quanto quero.			
15.	As pessoas de minha família gostam de passar o tempo juntas.			
16.	Meus familiares geralmente culpam alguém da família quando as coisas não estão indo bem.			
17.	Minha família discute junto antes de tomar uma decisão importante.			
18.	Em minha família existe privacidade.			
19.	Minha família permite que eu seja do jeito que eu quero ser.			
20.	Há ódio em minha família.			
21.	Eu sinto que minha família não me compreende			
22.	Na solução de problemas, a opinião de todos é levada em conta.			
23.	As pessoas da minha família sabem quando alguma coisa ruim aconteceu comigo mesmo eu não falando.			
24.	Os membros da minha família se tocam e se abraçam.			
25.	Minha família me proporciona muito conforto emocional.			
26.	Minha família me faz sentir melhor quando eu estou aborrecido(a).			
27.	Viver com minha família é desagradável.			
28.	Em minha família opinamos o que é certo/errado buscando o bem-estar de			

	cada um.			
29.	Em minha família as tarefas são distribuídas adequadamente.			
30.	Em minha família há uma coerência entre as palavras e os comportamentos.			
31.	Minha família sabe o que fazer quando surge uma emergência.			
32.	Em minha família há competitividade entre os membros.			
33.	Eu sinto vergonha da minha família.			
34.	Em minha casa é permitido que eu faça as coisas que gosto de fazer.			
35.	Em minha família demonstramos carinho por meio das palavras.			
36.	Minha família me irrita.			
37.	Os membros da minha família expressam interesse e carinho uns com os outros.			
38.	Minha família me dá tanta liberdade quanto quero.			
39.	Eu me sinto excluído da família.			
40.	Meus familiares me permitem decidir coisas sobre mim.			
41.	Meus familiares servem como bons modelos em minha vida.			
42.	As pessoas da minha família se sentem próximas umas das outras.			

## **ANEXO H – Protocolo de Intervenção Psicossocial (Grzybowski, 2016)**

### **OFICINA 1 – Estar grávida: compreendendo esse novo momento**

#### *Temas*

- O que mudou com a gravidez
- Como ocorreram as transformações
- Como está sendo este período
- Pontos positivos e negativos do novo estado

#### *Objetivos*

- Trabalhar os pensamentos e sentimentos envolvidos na gravidez
- Refletir sobre as mudanças que a gestação promove
- Promover compreensão do novo estado

#### *Atividades e recursos*

- Material impresso com imagens sobre as mudanças na gestação (Livreto da “Gestação Mês a Mês”)
- Discussão e troca de ideias e experiências
- Técnica de fechamento

#### *Despedida e fechamento do encontro*

- Avaliação das mulheres sobre o tema e sobre o aproveitamento
- Conversa sobre as próximas oficinas
- Abertura para temas de interesse
- Café e sorteio de brinde

### **OFICINA 2 – Mãe e bebê: vinculação e mitos da maternidade**

#### *Temas*

- Bebê real x Bebê imaginário
- Ser mãe e a relação com o bebê (dentro e fora do útero)
- Cuidados maternos
- Mitos da maternidade

#### *Objetivos*

- Refletir sobre a relação mãe-bebê e o vínculo da díade

- Discutir sobre a importância dos primeiros momentos para construção do vínculo
- Promover a desmistificação do papel materno e da maternidade

*Atividades e recursos*

- Discussão de alguns “Mitos da Maternidade” (sorteio com balões)
- Construção de cartaz “Eu e o meu bebê”

*Despedida e fechamento do encontro*

- Avaliação das mulheres sobre o tema e sobre o aproveitamento
- Convite para próximo encontro
- Café e sorteio de brindes

**OFICINA 3** – Relações conjugais: as mudanças na relação do casal com a chegada do filho

*Temas*

- Relação marido e mulher (sexualidade, intimidade, afeto, ...)
- Mudança dos papéis e da relação (homem/mulher, mãe/pai)
- Verdades e mentiras
- Conjugalidade x parentalidade

*Objetivos*

- Discutir as transformações da gravidez e do nascimento de um filho nas relações conjugais
- Discutir sobre as readaptações no casal e na família e os sentimentos que surgem com essas mudanças

*Atividades e recursos*

- Discussão das “Questões da Conjugalidade”
- Dinâmica “Antes, durante e depois: refletindo sobre minha relação.”

*Despedida e fechamento do encontro*

- Avaliação das mulheres sobre o tema e sobre o aproveitamento
- Convite para próximo encontro
- Café e sorteio de brindes

**OFICINA 4** – Parentalidade: tornar-se mãe e pai

*Tema*

- Tornar-se mãe e tornar-se pai: preparativos para a chegada do filho

- Divisão dos cuidados com o filho e com a casa
- Papel materno e papel paterno (expectativas pessoais e sociais)
- Coparentalidade

*Objetivos*

- Discutir a construção da parentalidade e suas expectativas
- Problematicar os papéis de gênero e os papéis parentais na sociedade e na família

*Atividades e recursos*

- Construção de um cartaz coletivo sobre os papéis de gênero e papéis parentais: “Quem faz o quê?”
- Role-play sobre práticas parentais

*Despedida e fechamento do encontro*

- Avaliação das mulheres sobre o tema e sobre o aproveitamento
- Convite para próximo encontro
- Café e sorteio de brindes

**OFICINA 5 – Rede de apoio: família e comunidade**

*Tema*

- Família (papéis familiares/limites subsistemas, apoio)
- Apoio x Fronteiras
- Rede de apoio comunitária (vizinhos, escola, saúde, creches)
- Direitos das gestantes e das mães

*Objetivos*

- Refletir sobre os papéis da família extensa nesse momento de vida
- Abordar a importância da rede de apoio comunitária no período gravídico-puerperal
- Discutir os direitos das mulheres nesta fase e esclarecer dúvidas

*Atividades e recursos*

- Construção da “Árvore da Rede”
- Discussão do “Caso Marisa” e levantamento de casos próprios
- Visita de profissional que possa esclarecer dúvidas sobre os direitos das gestantes

*Despedida e fechamento do encontro*

- Avaliação das mulheres sobre o tema e sobre o aproveitamento
- Convite para próximo encontro
- Café e sorteio de brindes

**OFICINA 6 – Integração e fechamento***Tema*

- Convidar um familiar (ou outro integrante da rede de apoio) para participação
- Mostra de síntese sobre encontros por cada uma das usuárias
- Confraternização

*Objetivos*

- Finalizar os encontros consolidando as discussões e reflexões sobre os temas tratados
- Socialização das discussões com membros da rede de apoio
- Avaliação com as mulheres participantes sobre os benefícios dos encontros

*Atividades e recursos*

- Confeção de um cartaz-resumo pelo grupo
- Socialização e discussão com familiares

*Despedida e fechamento do encontro*

- Café e sorteio do brinde final
- Aplicação dos instrumentos para avaliação pós-intervenção