

## **O PRÉ NATAL PSICOLÓGICO COMO FORMA DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE MENTAL DAS GESTANTES E PUÉRPERAS<sup>1</sup>**

Eloisa Aparecida de Castro \*\*, Lívia Duarte Santos\*, Neyremara Silva

Oliveira\*. **RESUMO**

O presente artigo visa a realizar uma revisão bibliográfica narrativa da literatura existente sobre o tema psicologia e saúde mental no contexto da perinatalidade, da parentalidade e dos transtornos psíquicos sucedidos no período gravídico puerperal. Ressalta-se a importância da psicologia perinatal para a formulação e aplicabilidade de políticas públicas de saúde que contemplem medidas de prevenção e tratamentos específicos para esse público. Além disso, buscou-se elucidar a argumentação tecida por meio da apresentação de um relato de estágio, a fim de demonstrar a importância da atuação do psicólogo no contexto do pré-natal psicológico. Com isso, vislumbra-se a garantia de uma atuação que consolide, de fato, a perspectiva da promoção e da prevenção a saúde destas mulheres.

**Palavras-chave:** Psicologia Perinatal; Saúde mental das gestantes; Pré-Natal Psicológico.

### **INTRODUÇÃO**

O nascimento de um filho pode ser um evento muito significativo para a vida de uma mãe e sua família, logo, são atribuídas inúmeras modificações aos papéis sociais e ampliadas as responsabilidades desempenhadas pela mulher. Em vista disso o ciclo gravídico puerperal é marcado por alterações biológicas, psicológicas e sociais

(SCHIAVO, p.2, 2018). A saúde da mulher e do feto passam a ser monitoradas mais detidamente através do Pré-natal (PN), o qual é garantido por lei em âmbito nacional, através da portaria N°569, de 1º de junho de 2000, que tem por objetivo o desenvolvimento da prevenção e promoção. Tal ordenamento abarca o

<sup>1</sup> TCC em formato de artigo, apresentado ao Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (FACEC), como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia. \*Lívia

**UNIPAC**  
Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

---

comprometimento com uma assistência obstétrica humanizada e adequada a mulher e ao recém-nascido no momento do parto, e durante a gestação em todas as Unidades Básicas de Saúde integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS.

Ao voltarmos o olhar para essas questões surgem dúvidas como, qual a importância do pré-natal psicológico? Quais impactos psíquicos podem aparecer no período gravídico puerperal? Existem políticas públicas que garantem uma assistência psíquica para esse público? Como os psicólogos hospitalares poderão auxiliar nesse processo?

Logo, serão tratados neste artigo sobre o que é o pré-natal psicológico (PNP), como este fazer pode auxiliar em políticas públicas para promover a saúde mental das gestantes. Quais os tipos de transtornos que podem emergir durante o ciclo gravídico puerperal e relato de atuação em um hospital referência em atendimento materno infantil.

## **1. O PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO COMO POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE**

Os transtornos depressivos e de ansiedade pré-natais maternos são problema importante para muitas mulheres, não apenas afetando os resultados neonatais ao nascimento, mas tendo efeitos a longo prazo nos resultados comportamentais e cognitivos das crianças. A ansiedade e a depressão pré-natais são problemas graves e prevalentes percorrem de acordo com cada etapa do desenvolvimento da gestação (DIEGO *et al*, 2009).

A prevalência de níveis moderados a altos de sintomas depressivos durante a gravidez varia de acordo com a população, os instrumentos de triagem, os critérios usados e o momento da avaliação. Baptista e Furquim (2009) e Bortoletti (2007) elucidam que o Pré Natal Psicológico (PNP) tem como objetivo a psicoprofilaxia<sup>2</sup> e psicoterapia como forma de prevenção e promoção à saúde mental das gestantes.

Para compreender como a psicoprofilaxia e psicoterapia podem auxiliar nesse grupo específico, é preciso conhecer a trajetória da psicologia em torno da perinatalidade.



olhimento e orientação psicológica e preventiva as alterações emocionais significativas (SCHIAVO, 9).

3

**UNIPAC**  
Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

---

A perinatalidade deriva-se da etimologia da palavra francesa, périnatalité, que compreende a perinatalidade que se refere ao período que se situa imediatamente antes e depois do parto” (MICHAELIS, 2022). Logo é possível visualizar a dimensão do significado da palavra, uma vez que ela envolverá todos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais em torno das gestantes, parturientes e puérperas. Em algumas literaturas é possível encontrar o termo ciclo gravídico puerperal para retratar sobre o mesmo período (IACONELLI, 2012).

No Brasil, as pesquisas em torno do ciclo gravídico puerperal foram inicialmente realizadas pela Psicóloga e Mestre em Psicologia Clínica Maria Tereza Maldonado. Maldonado, publicou no ano de 1976 a sua dissertação de mestrado intitulada “Psicologia da Gravidez”, o qual veio a se tornar livro. Após dezesseis edições, a última atualização ocorreu no ano de 2013 (MALDONADO, p.09, 2017).

Dez anos mais tarde do início dos debates acerca do tema, Fátima Ferreira Bortoletti, Psicóloga e Mestre em Ciências da Saúde, leva as discussões sobre a saúde das mulheres gestantes, para o hospital Ipiranga - SP, utilizando o modelo de psicoprofilaxia dentro da clínica ginecológica e obstétrica. Neste contexto, Bortoletti, Silva e Tirado (2011 p. 177) define o conceito de psicologia obstétrica:

É um conjunto de ações psicoprofiláticas e psicoterápicas que se utilizam da fundamentação teórica da Psicodinâmica do CGP para elaboração do diagnóstico intrapsíquico/situacional do casal grávido, intervindo preventiva e terapêuticamente de acordo com protocolos psicológicos especificamente desenvolvidos para assistir essa clientela, seja numa trajetória natural ou em circunstâncias singulares do processo reprodutivo. (BORTOLETTI, SILVA E TIRADO, 2011 p. 177).

Sendo assim, a psicologia em torno do período gravídico puerperal, está focada em ações voltadas para a prática psicoprofilática e terapêuticas. Bortoletti

(2019) explana que o primeiro projeto de extensão neste tema, ocorreu em 1986 no hospital de Sepaco em São Paulo e teve como título Psicoprofilaxia da Gestação, Parto e Puerpério.

Ao longo das buscas nos sites acadêmicos Scientific Electronic Library Online (SciELO), Google Acadêmico e Periódicos Eletrônicos em Psicologia Pepsic,

ocando



4

**UNIPAC**  
Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

---

como palavra chaves: Psicologia *and* gravidez, Psicologia *and* personalidade, Psicologia *and* Obstétrica, Psicologia *and* puerpério e Psicologia *and* gestante, observa-se a existência e a predominância em estudos no campo dos processos psíquicos e a saúde da mulher. São localizadas poucas referências à atuação do psicólogo obstétrico e/ou da perinatalidade. Contudo, é importante ressaltar que as professoras e doutoras Alessandra Arrais e Rafaela Schiavo têm sido referências na atualidade em termo publicações de estudos científicos e formação de profissionais para a capacitação em atendimento em torno do ciclo gravídico-puerperal.

A equipe psicológica, integrada nos serviços de obstetrícia e ginecologia, oferece uma perspectiva especializada e uma visão das ansiedades específicas da obstetrícia e dos aspectos psicológicos mais amplos da gravidez e do parto. Apesar dos psicólogos atuarem com este público, não existe uma nomenclatura específica, estabelecida para esta atuação, podendo ser encontrado como psicologia obstétrica, psicologia da gravidez e psicologia da perinatalidade. No entanto, o termo que vem ganhando destaque é psicologia perinatal.

A gestação ocorre geralmente durante 40 semanas sendo dividida em três trimestres. O primeiro trimestre (1° semana até 13° semana), é marcado pela descoberta, resignificação, sintomas fisiológicos (náusea, vômitos, hipersonia, oscilação de humor, aumento ou diminuição de apetite...), sentimentos de raiva, realização, culpa, tristeza, medo, prazer, insegurança, alegria e mudanças sociais. Schiavo (2018), ressalta que as transformações psicossociais que ocorrem durante o período gestacional fazem parte do desenvolvimento humano.

Neste contexto, uma das principais mudanças sociais é a transformação do papel desenvolvido por esta mulher, onde ela deixa de exercer o papel de filha e/ou

esposa e passa a desempenhar o papel de mãe. Colman e Colman (1994), destacam que no primeiro trimestre a ambivalência entre aceitação e rejeição da gravidez é comum nestas mulheres. No entanto, Maldonado (1976) relata em sua dissertação, que não existe gravidez totalmente aceita ou totalmente rejeitada.

A partir das 14<sup>o</sup> semanas, inicia-se o segundo trimestre. Neste período, a mulher começa a personificar o filho e os sentimentos negativos tendem a diminuir. Neste trimestre o corpo da mulher passa por mudanças físicas, sendo possível



**UNIPAC**  
Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

---

visualizar o feto pelo exame de ultrassom, havendo, assim, o fortalecimento do vínculo entre a mãe e o filho (CARON, 2000; MALDONADO, 2002).

No terceiro e último trimestre (27<sup>o</sup> semana a 40<sup>o</sup> semana), com a aproximação do parto e as mudanças sociais, os sintomas relacionados à ansiedade tendem a aumentar, tanto na genitora quanto na família. Entretanto, a ansiedade por si só, não é necessariamente um transtorno da ansiedade. De acordo com manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (2014, ed 5), os “Transtornos de Ansiedade incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionadas”.

Segundo O'Connor *et al* (2016), as intervenções psicológicas desempenham um papel importante no tratamento da depressão perinatal. As intervenções têm sido recomendadas como tratamento de primeira linha para mulheres perinatais com um novo episódio de depressão. Além disso, a maioria das mulheres prefere a psicoterapia à farmacoterapia devido a preocupações com os efeitos da medicação na gravidez. Sendo assim, faz-se necessário a criação de estratégias de conhecimento acerca dos fatores de risco e proteção para prevenir, identificar e tratar os transtornos mentais perinatais e seus graves efeitos.

Diante dos inúmeros desafios e dificuldades encontrados na gestação e no puerpério, é de suma importância a criação e a manutenção de espaços para acolhimento a estas mulheres. Esses espaços devem possibilitar acesso fácil e gratuito. Por isso, devem estar localizados na atenção primária e secundária de saúde no Sistema Único de Saúde - SUS.

A saúde mental perinatal se refere à saúde emocional da mulher durante a gravidez e o período pós-parto. O acompanhamento perinatal está focado em apoiar mulheres (e casais) em sua jornada para a paternidade. Gravidez, parto e paternidade trazem mudanças significativas, estresse e preocupação à vida, mesmo quando tudo corre como planejado. Diante dessas questões, nos subtópicos a seguir, trataremos sobre os principais transtornos manifestados durante o período puerperal, as políticas públicas existentes e relato de estágio em psicologia hospitalar na clínica de obstetrícia e pediatria.



## 1.1 TRANSTORNOS PSÍQUICOS DURANTE O PERÍODO PUERPERAL

Nos séculos XVII e XVIII já apareciam na literatura médica francesa os termos como insanidade puerperal e psicose puerperal. Em 1818 Jean Esquirol foi o primeiro a fornecer dados detalhados de 92 casos de psicose puerperal advindos de seus estudos realizados na Salpêtrière<sup>3</sup>. Rocha (1999) por sua vez esclarece que os distúrbios psicóticos puerperais configuram perturbações graves, e apresentam seu início de forma abrupta até três meses após o parto.

Por isso, é um período na vida da mulher que demanda atenção e precaução, tanto da parte da rede de apoio das gestantes quanto dos profissionais que devem estar envolvidos no processo de pré-natal até o pós-natal. A gestação é um período da vida que necessita ser avaliado com especial atenção, pois é de particular suscetibilidade para as mulheres, sendo com frequência, estressante física e mentalmente (CAMACHO *et al*, 2006).

Conforme cita o autor Cantilino (2010) existem três distúrbios que são característicos do período puerperal, são eles a melancolia da maternidade (baby blues), a depressão pós-parto (DPP) e a psicose puerperal. Baptista (2004) e Cantilino (2010) acrescentaram outros transtornos ansiosos como a ansiedade puerperal<sup>4</sup> e o distúrbio de pânico pós-parto<sup>5</sup>. É notório que a chegada de uma criança implica transformações desde a gestação, não somente mudanças físicas como também psíquicas e sociais, isso ocorre porque demarca a transição de um

novo papel social da mulher.

Mulheres com alta propensão a manifestar ansiedade, baixo índice de escolaridade, história de humor deprimido e alto estresse apresentavam risco de manifestar ansiedade no pós-parto (SCHIAVO, 2011). Contudo, na grande maioria

<sup>3</sup> Hospital de Paris, que serviu para manter afastados da sociedade os doentes mentais, os criminosos insanos, epiléticos e os desvalidos em geral. (Hospital da Salpêtrière., Wikipédia, 2021) <sup>4</sup> Estado emocional transitório ou, dependendo do nível, uma condição do organismo humano, caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão, apreensão e aumento na atividade do sistema nervoso autônomo. (SCHIAVO, 2020)

<sup>5</sup> Período de intenso desconforto ou de sensação de medo com alguns critérios como: Palpitações ou taquicardia, sensação de falta de ar, medo de perder o controle ou enlouquecer, medo de morrer, de sofrer um ataque cardíaco. (DALGALARRONDO, 2008)



**UNIPAC**  
Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

---

dos casos, estes transtornos mentais, não são tratados adequadamente, bem como não são diagnosticados. De acordo com Cantilino (2010), em torno do terceiro dia após o parto, a maioria das mulheres apresenta o que se denomina *Baby Blues*. O distúrbio caracteriza-se basicamente pelo sentimento de tristeza, crises de choro, emotividade exacerbada, hipersensibilidade e labilidade (ARRAIS, p. 20, 2005).

Os sintomas do *Baby Blues* têm início no primeiro dia do puerpério, ocorrendo com maior intensidade por volta do quinto dia, desaparecendo, em média, até do décimo dia. Além disso é um importante fator de risco para depressão no período pós parto e psicoses puerperais. (Albuquerque e Rollemberg., p 241, 2021).

Segundo os estudos realizados por Rocha (1999), este quadro apresenta prevalência entre 50 e 80% das puérperas, a autora Arrais (2005) também pontua que durante essa fase pode ocorrer fadiga e preocupações excessivas com a lactação e com a saúde do bebê. Podendo haver distúrbios cognitivos leves, como dificuldade de concentrar-se, dificuldade de raciocinar, problemas com a memória e choro fácil, mas nenhuma dessas características chegam a impedir a realização das tarefas pela mãe.

Esse distúrbio diferencia-se da depressão pós-parto, pois a DPP é caracterizada como episódios depressivos não psicótico, que de acordo com os

autores Albuquerque e Rollemberg (2021) ocorrem nos meses após o nascimento da criança, tendo início entre duas semanas até três meses após o parto, já para os autores Frizzo e Piccinini (2005) ocorre dentro dos primeiros doze meses após o parto.

Os sintomas são a perda de prazer e interesse nas atividades, o sentimento de inutilidade ou culpa, a dificuldade para concentrar-se e presença de pensamentos de morte ou suicídio. (Albuquerque e Rollemberg., p 241, 2021).

O autor e doutor em Sociologia, Morris Rosenberg (2007), argumenta que a depressão pós-parto (DPP) se apresenta como transtorno psíquico do ciclo gravídico puerperal de maior incidência no puerpério. Faz-se necessário ressaltar que a DPP acomete e pode acometer mulheres de todas as idades, classes sociais e níveis escolares. A psicóloga Alessandra Arrais cita alguns fatores que podem ser dispostos para Depressão pós-parto:



Ser primípara<sup>6</sup>(Rosenberg, 2007; Zinga e col., 2005); Ser mãe solteira (Harvey, 2002); conflitos e falta de apoio conjugal (Baptista e col., 2004; Arrais, 2005; Cruz e col., 2005; Moraes e col., 2006; Rosenberg, 2007); evento de vida estressante, como perda de emprego ou morte de familiar (Zinga *et al*, 2005); falta de apoio familiar e social (Baptista e col., 2004; Arrais, 2005; Rosenberg, 2007; Konradt e col., 2011); histórico pessoal ou familiar de doença psiquiátrica, mas principalmente a existência de episódios depressivos anteriores e durante a gravidez (Golse, 2002; Harvey, 2002; Baptista e col., 2004; Arrais, 2005; Zinga e col., 2005; Rosenberg, 2007); complicações obstétricas durante a gravidez ou imediatamente pós-parto; Parto traumático; parto múltiplo e prematuro, abortos anteriores, partos de natimorto ou síndrome de morte súbita infantil (Harvey, 2002; Zinga e col.,2005). (ARRAIS *et al*, 2014, p. 253).

Diante a citação da autora é possível observar que não há uma única causa para o surgimento da depressão nas puérperas. Por isso, salientamos que o Pré-Natal Psicológico (PNP) visa a prevenção de possíveis sintomas como também auxilia as gestantes nesse processo de modificações e adaptações. Conforme Lobato (2011) as

estimativas sobre a prevalência de sintomas depressivos pós-natais no Brasil não parecem diferir substancialmente quando consideradas pesquisas semelhantes conduzidas em países socioeconomicamente similares, tais como Itália (38,1%),

Chile (37,4%), África do Sul (36,5%), Índia (32,4%) e Turquia (29,8%). Nos países ricos, contudo, a DPP parece acometer uma proporção consideravelmente menor de mulheres. (Lobato *et al*, 2011, p.376). Para esta pesquisa o autor baseou-se em artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais, nas bases de dados eletrônicas *Lilacs*, *SciELO* e *Medline*.

Sob o mesmo ponto de vista, a autora Arrais ressalta que fatores de proteção da DPP são medidas preventivas que funcionam como proteção contra problemas emocionais no período da gravidez e do pós-parto. Essas medidas possuem potencial para a contribuição para uma resposta melhor a eventuais riscos, a saber:

O apoio de outra mulher, detecção precoce da depressão (RUSCHI *et al.*, 2007); suporte social (FRIZZO e PICCININI, 2005); intervenção multidisciplinar logo que os sintomas sejam detectados (SCHWENGBER e PICCININI, 2003) e um trabalho de prevenção, como o PNP (Pré-Natal Psicológico) (BORTOLETTI, 2007; CABRAL e col, 2012); o otimismo, a elevada autoestima, suporte social adequado, preparação física e psicológica para as mudanças advindas com a maternidade (CANTILINO *et al*, 2010);



...mea que teve ou vai ter o primeiro parto (MICHAELIS, 2022).

...boa relação conjugal e suporte emocional do companheiro. (FRIZZO e PICCININI, 2005).

Reading e Reynolds (2001) relacionaram os riscos para a depressão materna em três categorias: a primeira refere-se à qualidade dos relacionamentos interpessoais da mãe, particularmente com seu parceiro; a segunda relaciona-se à gravidez e ao parto e à ocorrência de eventos de vida estressantes; e a terceira a adversidades socioeconômicas (SCHMIDT *et al*, 2005). Arrais (2014) incrementa que também pode ocorrer com mulheres que estão desejosas por um filho, bem como com as que não aceitam o fato de estarem grávidas.

Sabe-se que durante a gravidez e o puerpério, a mulher passa por mudanças hormonais, biológicas, sociais e psicológicas. Essas mudanças podem acarretar riscos e implicações, uma vez que, muitos pais encontram dificuldades na adaptação da nova vida, pois como notado nas pesquisas realizadas, é frequentemente comum

que se sintam frustrados frente às expectativas relacionadas ao bebê e a dinâmica familiar. Visto que o recém-nascido demanda intensa atenção principalmente da mãe, e com essa nova realidade diversos afazeres deixam de ser realizados, como tarefas domésticas e autocuidado pessoal. A rede de apoio estabelecida, por exemplo, é uma solução para essa adversidade.

Ademais, a manifestação clínica da DPP é igual à das depressões em geral. (BAPTISTA *et al*, 2004) destacam que a pessoa sente uma tristeza muito grande de caráter prolongado, com perda de autoestima, perda de motivação para a vida, é incapacitante, requerendo na maioria das vezes o uso de antidepressivos. A literatura disponível sobre a periodicidade da depressão pós-parto é baseada em pesquisas com metodologias dissemelhantes, as quais possuem resultados heterogêneos e, portanto, dificultam sua compilação em torno de uma única estimativa acerca da depressão pós-parto.

Por outro lado, na psicose puerperal a puérpera experimenta alterações no humor<sup>7</sup> e no teste de realidade. Trata-se de um quadro com ideação delirante,



n psicopatologia geral, é o termo que designa a alteração básica do humor, tanto no sentido da ibição como no sentido da exaltação (DALGALARRONDO, 2008).

10

**UNIPAC**  
Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

---

alucinações e, com frequência, alterações de ordem cognitiva. Pode haver sintomas depressivos, maníacos ou mistos associados e comportamentos compulsivos. Tem como uma das principais características a rejeição ao bebê, quando a mãe se sente completamente aterrorizada e ameaçada por ele, como se fosse um inimigo em potencial e de acordo com Arrais (2005) decorre o risco aumentado de infanticídio ou de ataque direto ao bebê.

Além disso, conforme os autores Vieira e Parizotto (2013) dependendo do grau, as alterações podem causar sérios prejuízos na interação social da mulher, originando a problemas graves de relacionamento, dificultando e, em determinados casos, até excluindo a gestante de relações sociais, como o trabalho, podendo interferir na produtividade do local. Portanto, o puerpério pode vir a ser um momento de vulnerabilidade para muitas mulheres, este período pode estar associado a

dificuldades que podem ser tratadas no âmbito das políticas públicas.

## 1.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

No que concerne às políticas públicas em torno da perinatalidade, foi sancionada, no ano de 1996 a Lei 9.263, que trata a respeito ao planejamento familiar, o qual regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal de 1988:

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (Constituição Federal, 1988).

Ainda de acordo com Art. 3º da Lei 9.263/96 o planejamento familiar:

“[...] é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde”, e estabelece 5 critérios básicos para atenção integral à saúde: I - a assistência à concepção e contracepção; II - o atendimento pré-natal; III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato; IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis e V - o controle e a prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama, de próstata e de pênis” (Rio de Janeiro (RJ), 1996)



Embora a tendência seja frequentemente focar nos aspectos físicos e médicos da gravidez, é a interação e a sobreposição de um conjunto de determinantes sociais que, em última análise, moldam a saúde da gravidez. Além da modificação no parto e do subsequente bem-estar da criança, da mãe, e da família em geral nesse escopo de planejamento familiar.

É vital levar em consideração não apenas os cuidados médicos, mas também a estabilidade no emprego, nutrição, educação, serviços para deficientes, exames de saúde pública e ambientes saudáveis, a fim de moldar intervenções que apoiem crianças e famílias. Além disso, a perinatalidade é tratada no âmbito das políticas públicas buscando proteger contra traumas e os impactos das mudanças, ao mesmo tempo busca garantir segurança financeira e acesso à educação, sendo fundamental para a saúde e o bem-estar durante a gravidez.

Conforme instituído na Constituição Federal de 1988 e Art. 3º da Lei 9.263/96,

todo casal tem o direito legítimo de constituir uma família e o Estado tem o dever de promover ações para cumprir e fazer cumprir essa determinação. Sendo assim, é direito da mulher o acompanhamento durante o período gestacional, a saúde da mulher e do feto passam a ser monitoradas de perto através do Pré-natal (PN). Nesse sentido, o PN é garantido por lei em âmbito nacional, através da portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. A normativa citada tem por objetivo o desenvolvimento da prevenção e promoção, comprometendo-se com uma assistência obstétrica humanizada e adequada à mulher e ao recém-nascido no momento do parto, e durante a gestação em todas as Unidades Básicas de Saúde integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.

De acordo com as normas e manuais técnicos - cadernos de atenção básica, nº 32, o pré-natal de baixo risco poderá ser acompanhado pelo (a) enfermeiro (a) da unidade de acordo com o Decreto nº 94.406/87. Segundo a Lei 11.634 de 2007, ainda que o PN seja acompanhado pelo enfermeiro, toda gestante cadastrada no SUS, deverá ter conhecimento prévio sobre a maternidade na qual será realizado seu parto e/ou em casos de intercorrência durante a gestação. A gestante poderá ser acompanhada durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto, por alguém



sua escolha podendo ser familiar, doula e/ou amigo, conforme a Lei nº 11.108, de 070/4/2005, regulamentada pela Portaria GM 2.418, de 02/12/2005. A Organização Mundial da Saúde – OMS (1948, s.p) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Por sermos indivíduos biopsicossociais<sup>8</sup>, a interação entre mente-corpo deve ser considerada durante todo nosso processo de desenvolvimento humano. Em setembro de 2022, a revista ONU News, publicou um estudo realizado pela OMS, onde afirma que “cerca de uma em cada cinco mulheres terá um episódio de saúde mental durante a gravidez ou no ano após o nascimento do bebê”. Pensando em fatores para auxiliar os serviços de saúde materno-infantil, foi criado neste mesmo período o "Guia para a integração da saúde mental perinatal nos serviços de saúde materno-infantil". Ressalta-se ainda, que ao menosprezar a

importância do cuidado da saúde mental, pode colocar o bem-estar das mulheres em risco e afetar o desenvolvimento físico e emocional dos bebês.

Logo, a saúde mental das gestantes e puérperas é um quesito de extrema relevância. As alterações emocionais e sociais, durante o ciclo gravídico puerperal podem desencadear conflitos psíquicos e danos à saúde fisiológica da mãe e do feto, a curto ou longo prazo.

No ano de 2017 no Brasil, foram desenvolvidas diretrizes nacionais de assistência ao parto normal, com base no guia prático da OMS (1996), tem por objetivo:

Sintetizar e avaliar sistematicamente a informação científica disponível em relação às práticas mais comuns na assistência ao parto e ao nascimento fornecendo subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal. (Brasil, Ministério da Saúde, 2017).

Com a elaboração e implementação de diretrizes voltadas para assistência humanizada das mulheres, às políticas públicas se mostraram presentes e preocupadas com o público materno-infantil. Pensando na atuação do psicólogo no

ue envolvem a interação de influências biológicas, psicológicas e sociais (MICHAELIS, 2022)



contexto das políticas públicas, atualmente a única legislação que estabelece assistência psicológica é o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, sancionado no ano de 1990 através da Lei 8.069, onde ressalta no Art. 8º:

É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990)

Somente o ECA (1990), instrumento para a garantia de condições de vida para criança e adolescente que menciona sobre a importância do acompanhamento psicológico da mãe durante a gestação. O § 4º do ECA, frisa que incumbe ao poder

público proporcionar assistência psicológica à gestante e à mãe, no período pré e pós natal, inclusive como forma de prevenir ou minorar as consequências do estado puerperal.

Entretanto, de acordo como o site da câmara dos deputados, no ano de 2019 foi encaminhado o projeto de lei à câmara dos deputados pedindo a alteração do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (1990), § 4º, art. 8º, onde pede a exigência do Sistema Único de Saúde (SUS) oferecer tratamento psicológico e/ou psiquiátrico para gestantes com indicação clínica e abarcando todo o Pré-Natal e Pós Parto. Caso aprovado, as gestantes deverão ter suporte em torno dos cuidados da saúde mental durante toda gestação e o puerpério. Logo, o profissional da psicologia deverá atuar em torno dos cuidados psicoprofiláticos e psicoterápicos.

Apesar de haver inúmeras legislações, normativas e diretrizes para assegurar a qualidade de vida para este público, infelizmente há uma lacuna dentro das políticas públicas para garantir o cumprimento de todas as legislações vigentes. Segundo o 1º artigo “Desafios do Planejamento em Políticas Públicas: Diferentes Visões e Práticas” (2006) do professor José Antônio de Oliveira da Fundação Getúlio Vargas (FGV) de São Paulo:

Um dos motivos que leva a falhas nos resultados de políticas públicas é a dissociação que se faz entre elaboração e implementação no processo de planejamento de acordo com algumas visões da prática ou escolas de pensamento (OLIVEIRA, 2006).



Contudo, é preciso refletir e repensar em estratégias dentro das políticas públicas de saúde, fundamentado nos determinantes sociais da saúde para atingir estas mulheres ainda na atenção primária à saúde.

Em um estudo realizado por Arrais e Araújo (2016), voltado para Pré-Natal Psicológico: perspectivas para atuação do psicólogo em saúde materna no Brasil, relatam sobre um programa de PNP (Pré-Natal Psicológico) realizado com um grupo de gestantes de uma maternidade em Brasília, onde concluem que:

O PNP é um programa de baixo custo que pode ser desenvolvido nos setores

público e privado. Associando-se às práticas biomédicas de acompanhamento, possibilita um cuidado integral à mulher e ao seu bebê, prevenindo doenças e promovendo saúde. Desse ponto de vista, defende-se a qualificação contínua das equipes especializadas, notadamente em relação às dificuldades inerentes à maternidade, além daquelas desencadeadas por transtornos físicos ou psíquicos. Certamente, em razão da sua formação, o profissional de psicologia tem um papel central no desenvolvimento deste trabalho (Arrais e Araújo, p. 115, 2016).

Conforme pontuado por Arrais e Araújo (2016), o psicólogo que atua frente a promoção de saúde e prevenção de doenças, deve sempre buscar educação continuada como capacitação e especialização, voltadas para este período do desenvolvimento humano.

Considerando a importância de assegurar tais direitos e tendo em vista a psicologia neste conceito, o PNP, voltado para o atendimento psicoprofilático complementar ao Pré-natal, deve oferecer um espaço de escuta acolhedora, criação de vínculos de rede de apoio, de humanização do processo gestacional e transmissão de orientações especializadas no período gravídico puerperal.

Soifer (1992), aponta que a gravidez é um período que envolve não apenas a mulher mas também o seu companheiro e o seu meio social imediato. Neste sentido, o referido autor reforça que o psicólogo deve orientar a mãe e a rede de apoio quanto às possíveis alterações emocionais durante a gestação e após o parto, sobre os tipos de parto e a violência obstétrica. Também compõe o acompanhamento psicológico, esclarecer os direitos da mulher durante a gestação e no período do puerpério (seja no âmbito jurídico ou relacionados ao serviço de saúde), ter atenção e escuta  
nada



sobre os medos, fantasias, desejos, idealizações sobre a gravidez e/ou sobre o filho e identificar as funções e impactos na saúde mental das gestantes. Observa-se que há movimentos recentes dentro das políticas públicas que possuem um olhar crítico para a saúde das gestantes, no entanto se faz premente enveredar esforços para a implementação de políticas perinatais que funcionem efetivamente e promovam melhores resultados em torno da parentalidade. Trata-se então, de aspectos determinantes para os departamentos de saúde pública poderem elaborar opções

de políticas que, tenham presente dentro do SUS a presença de profissionais da psicologia para atuarem durante todo o período gravídico puerperal.

No próximo tópico será apresentada experiência de estágio obrigatório para formação em bacharelado em psicologia, que ocorreu na área da saúde em um hospital referência em atendimentos em materno-infantil da macrorregião de saúde. Com a vivência na ala da obstetrícia e pediatria foi possível observar aspectos que comprovam a importância da atuação do psicólogo frente ao trabalho psicoprofilático ainda durante a gestação.

### **1.3 ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR NA CLÍNICA DE OBSTETRÍCIA E PEDIATRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO**

Neste tópico será relatada a experiência de estágio em psicologia na área da saúde, no hospital Santa Casa de Misericórdia de Barbacena - Minas Gerais (SCMB). A prática ocorreu durante o período de fevereiro a dezembro de 2022, com carga horária total de 240 horas. A SCMB é referência em maternidade e gestação de alto risco da região. Esta unidade presta atendimento a 51 municípios da macrorregião e conta com Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN com capacidade de 10 leitos. No decorrer da atuação, foram realizados atendimentos nos leitos das pacientes internadas, podendo se dar em duas dimensões e com alguns critérios: (1) Busca Ativa: Contempla atendimentos realizados a gestantes com idade gestacional (IG) inferior à 35 semanas que estão com risco de aborto, pré-eclâmpsia, gestantes internadas por motivos clínicos, aguardando a realização do parto por cesariana (agendada ou urgência), gestantes em dilatação para parto vaginal, gestantes



adolescentes (<18 anos) e pós-parto. (2) Demanda por parte da equipe: Nesta modalidade, no início de atividade, é questionado a enfermeira responsável pelo setor se há alguma demanda específica no dia. Caso haja indicação por parte da equipe, é relatado o caso clínico e realizado o atendimento.

A presença da estagiária neste campo de atuação pôde ampliar a

compreensão sobre os conceitos acerca da psicologia hospitalar e sua prática através do trabalho realizado na instituição. É importante aclarar, que o trabalho desenvolvido não era voltado para a perinatalidade, e sim como uma prática ampla no campo da psicologia hospitalar, que de acordo com a resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 13/2007, em seu anexo II, o profissional deve:

Promover intervenções direcionadas à relação médico/paciente, paciente/família, e paciente/paciente e do paciente em relação ao processo do adoecer, hospitalização e repercussões emocionais que emergem neste processo (CRP, 2007, anexo II).

No entanto, durante os atendimentos realizados, foi possível comprovar a hipótese levantada neste artigo, de que as gestantes e parturientes precisam de atendimento psicológico durante a gestação. Este atendimento assegura que sejam esclarecidas e orientadas sobre todos os acontecimentos que possam vir a ocorrer durante a o período gestacional e pós-parto, desfazendo a ideia de romantização em torno do nascimento. No relato abaixo de uma paciente atendida no hospital, é possível observar a sua angústia mediante a intercorrência durante o parto:

O atendimento foi demandado por parte da equipe assistencial para paciente de 37 anos, primigesta que estava agitada, chamando a equipe a todo instante pela campainha. A paciente deu entrada na instituição após encaminhamento da sua cidade devido quadro de eclâmpsia<sup>9</sup> no parto e suspeita de síndrome de hellp<sup>10</sup>. Durante o acolhimento foi possível observar que a paciente estava lúcida e consciente

<sup>9</sup> Eclâmpsia - presença de convulsões em mulheres, cuja gravidez se complicou devido à pré eclâmpsia, excluindo outros diagnósticos diferenciais, tais como a epilepsia, meningite, sepse, entre outros (Ferreira e col, 2016)

<sup>10</sup> Síndrome de hellp - pode apresentar sinais e sintomas extremamente variáveis, dentre eles: anemia, distúrbios visuais e mal-estar generalizado, os quais são também encontrados nos casos de pré eclâmpsia grave (Miranda e Col, 2016)



em relação ao tempo e espaço. Ela estava chorosa e pedindo desculpas por chorar. Relatava não conseguir ser forte o tempo todo e silencia em meio às lágrimas. A

paciente, que será aqui nomeada como L., queixava-se por não entender o motivo pelo qual estava internada e não tinha informações sobre seu filho, que também estava internado na instituição na UTI NEO. A paciente reitera que não consegue ser forte o tempo todo e que tudo que planejou não aconteceu. Lembra que no dia do parto, entrou em convulsão e não se recorda de todos os acontecimentos, apresentando lapso na memória recente.

Após a escuta e o acolhimento da paciente, foi realizado diálogo com a equipe de plantão, no qual foi salientado que a paciente foi orientada claramente (sic) sobre a real situação de sua saúde e que ela não está proibida de visitar seu filho, porém seu quadro clínico é preservado e precisa de repouso contínuo e que após o término a sua medicação, ela terá livre acesso a UTI NEO para visita. Ao retornar ao leito, foram prestadas orientações à paciente, de forma que ela possa compreender seu quadro clínico, enfatizando que, após a conclusão da medicação, haverá liberação para ver seu filho na UTIN.

Após 14 dias do primeiro atendimento, foi realizado o atendimento novamente da paciente supracitada. No entanto, desta vez ela estava de alta hospitalar e aguardava para efetivar a visita na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN.

Nesse momento, a mãe L. relata que está aguardando a alta do filho da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN para o leito de canguru. Porém, se preocupa com a condição do filho, por precisar utilizar a bolsa de colostomia e não saber como prestar os cuidados necessários após a alta hospitalar. Foi ofertado escuta e acolhimento a mãe L., a fim de orientá-la que a equipe de enfermagem auxiliará no manejo correto dentro das técnicas adequadas e caso isso não ocorra ela poderá pedir diretamente a equipe que está prestando cuidados do seu filho. A mãe L. relata que fica mais aliviada ao saber que será orientada e que pode pedir ajuda aos enfermeiros (sic).



Em um outro atendimento, desta vez realizado na pediatria da instituição, foi possível acolher de forma imediata uma mãe de recém-nascido de 04 meses, com diagnóstico de depressão pós-parto. A solicitação para o atendimento partiu da

equipe médica da instituição, que requisitou acolhimento para a mãe B., de 38 anos que acompanhava seu filho de 04 meses durante a internação devido à perda de peso e bronquiolite. B. relata que é mãe de mais 4 filhos e que não esperava a recente gestação, pois o relacionamento com o pai da criança é recente e cercado de conflitos. Pontua que seu parto foi traumático, após rompimento da placenta no corredor da obstetrícia.

Durante o atendimento B. relata que fazia acompanhamento com psiquiatra para depressão pós-parto, porém abandonou tratamento medicamentoso devido a rotina de cuidados com o filho. Durante o atendimento, B. salienta que o hospital liberou acesso de outro acompanhante para que ela pudesse descansar devido ao efeito dos psicotrópicos. Salienta que o pai de seu filho passou a noite anterior, porém dormiu e não olhou para a criança. Após a discussão com o progenitor, ela foi até o banheiro e cuspiu o remédio já ingerido. No momento do ato, B. chora e fala sobre a vontade de pular da janela do banheiro que não conseguiu porque era pequena.

Após o acolhimento realizado, perguntei a B. se ela possui outra pessoa para ajudá-la neste momento. A paciente relata que apesar de ter mais 4 filhos, os filhos acima de 18 anos trabalham e não podem auxiliá-la e que não tem com quem contar. Através dos dois relatos, vemos a importância do acompanhamento psicológico anterior ao parto, uma vez que o psicólogo que atua no contexto da perinatalidade. O pré-natal psicológico poderá auxiliar preventivamente frente a situações inesperadas, a criação e fortalecimento de vínculos de rede apoio, entre outros pontos que poderiam ser compreendidos e realizado intervenções durante a gestação.

Mediante as situações que envolvem a perda da saúde, do ao adoecimento ou a notícia que está gerando uma nova vida, esta será experimentada por cada paciente e familiar de forma singular e a partir de então várias mudanças podem ocorrer na vida destes, independentemente de como é recebida a notícia (Schiavo,2018). Portanto, é essencial que haja um acompanhamento psicológico

a que estas



transformações não gerem uma sobrecarga psíquica e desenvolva um sofrimento mental, podendo ser diagnosticada por algum transtorno conforme apontado no subtópico 1.1, que abrange os transtornos psíquicos durante o período puerperal.

Para Simonetti (2004, p.37), “o adoecimento é como entrar em órbita”. Essa analogia, faz referência ao processo de rotação da terra em torno do sol, portanto, o processo do adoecimento/descoberta da gestação pode perpassar por quatro posições principais: Negação, Revolta, Depressão e Enfrentamento. Ressalta que a ordem pela qual o indivíduo passará, não será necessariamente fixa, ou seja, cada sujeito através de sua subjetividade fará este caminho de uma forma, podendo este ficar estável em uma posição ou pular de uma posição para outra sem passar pelas demais (Simonetti, 2004).

Contudo, após discussão dos casos atendidos com os supervisores de campo e com o supervisor do estágio, foi possível levantar hipótese que a paciente L. estava em negação em relação ao seu quadro de saúde no momento da sua internação, visto que a paciente tinha sido orientada pela equipe diversas vezes. Já no momento de visita a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, L. encontra-se no estágio de enfrentamento em relação ao diagnóstico de seu filho. No que tange a acompanhante (mãe) B. o caso foi direcionado para as psicólogas de campo, para que pudessem acompanhar diariamente B. e para assistente social da instituição acionar outro membro familiar para auxiliar nos cuidados do paciente (filho de B.).

Perestrelo (1982) *apud* Fongaro e Sebastiani (2003) frisam que o psicólogo hospitalar não deve focar somente no estudo patológico e no seu prognóstico, sem ensimesmar-se que está em torno de uma outra pessoa e é dela que se fala. No entanto, é importante elucidar que todos os atendimentos foram realizados conforme a conduta ética e com humanização. Portanto, a humanização e a ética profissional devem coexistir durante o atendimento.

A humanização encontra respaldo, também, na atual Constituição Federal, no Art. 1º, § 3, que assinala “a dignidade da pessoa humana” como um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito(3). Os direitos dos seres humanos nascem com os homens e, naturalmente, quando se fala de direitos



---

da pessoa humana, pensa-se em sua integridade, dignidade, liberdade e saúde (4) (BACKES,2006).

Diante disso, o psicólogo deve tratar o paciente e sua família de forma acolhedora e empática a sua queixa, e jamais compactuar com quaisquer formas de discriminação ou negligência. E, em consonância a Constituição federal de 1988 e a Declaração Universal de Direitos Humanos, o Conselho Federal de Psicologia, frisa o atendimento humanizado como princípio fundamental no atendimento: O psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos (Código de Ética Profissional do Psicólogo, p. 07, 2022)

Segundo Martins e Silvino (2010), o adoecimento na infância, bem como a hospitalização, são experiências estressantes que exigem da criança uma rápida e contínua adaptação por motivo de constantes mudanças no seu cotidiano. Logo, a família também precisará de amparo, suporte e escuta humanizada.

[...] a instalação da doença e o internamento, é um evento estressante para o grupo familiar, em um contexto hospitalar, espera-se que a família seja afetada, uma vez que, quando um de seus membros passa por mudanças, é necessário uma reorganização de todos que compõem. Assim o psicólogo pode oferecer suporte psicológico familiar, já que frente ao adoecimento e hospitalização de um integrante desse grupo, a família pode manifestar as mais variadas reações, desde se opor ao tratamento até uma importante rede de apoio e auxiliar nas estratégias de enfrentamento desenvolvidas pelo paciente [...] (MADER, 2016, p.19).

Sendo assim, faz se necessária a presença do psicólogo no ambiente hospitalar, principalmente na clínica de obstetrícia nos cuidados perinatais. Durante a gestação a mãe idealiza seu filho, criando expectativas e a realidade confronta todo o planejamento. Lebovici (1987) *apud* Fleck e col. (2013) ressaltam que o bebê imaginário e o bebê real se referem às fantasias, as impressões e os sentimentos maternos em relação ao filho durante a gestação e após o nascimento. Lebovici, avulta que essas representações maternas são constituídas na gestação e transformadas a partir do nascimento do bebê, do contato com as características is deste e da relação da mãe com seu filho.



Durante a atuação em campo, a principal ferramenta utilizada foi o acolhimento às mães atendidas de acordo com a demanda individual, possibilitando a fala livre, sem interrupções e respeitando o momento essencial entre mãe e filho. Os novos pais que acabam de nascer junto à criança, precisam novamente ressignificar os papéis de marido e mulher, de pai, mãe e filhos e deverão reproduzir as relações de poder da sociedade em que vivem (Lane, 1981).

As principais demandas encontradas durante a busca ativa anterior ao parto foram, nos casos acompanhados: ansiedade/medo do parto normal e/ou cesárea, insegurança sobre os cuidados da criança e da amamentação e medo sobre a saúde da criança. Nos atendimentos realizados no pós-operatório imediato (POI), as mães primigestas relatam dificuldade para amamentar (demonstrando preocupação por não conseguir dar o alimento ao filho), ansiedade para alta hospitalar, medo sobre os cuidados e adaptação pós alta, e mães que possuem mais de um filho relatam saudade do (s) filho (s).

Barbieri *et al* (1983) pontuam, que para algumas mulheres esta é a primeira experiência de internação hospitalar, no entanto, as mudanças biopsicossociais agregadas pela incerteza de como será a internação, o parto, a saúde do bebê e a rotina pós alta corroboram para que estas gestantes aumentem sua ansiedade, imaginando e planejando todo o período. Quando este percurso, que deveria ser linear a partir do seu planejamento, acaba oscilando em diversas situações, estas mães e a família podem não dar conta destes acontecimentos.

Os profissionais que atuam diretamente com estas mães necessitam de preparo para saber manejar as demandas que podem vir a surgir devido ao acúmulo de incertezas, inseguranças e medos que sentidos regados ao longo de nove meses. Baker (1980) *apud* Alexandre (2010), cita um exemplo sobre o que uma má conduta ética no atendimento a essas mães pode vir acontecer com o corpo de uma mulher:

Enrijece o queixo, recolhe os ombros, cerra os punhos e segura a respiração. Aperta as pernas uma contra a outra, retrai a pelve e contrai o soalho pélvico. As dores continuam a aumentar porque o útero está se contraindo contra um objeto imóvel; faz-se, assim, um progresso pequeno no sentido de expelir a criança que se mantém alta no útero, não tendo condições de descer (BAKER, 1980, p. 268).



Enfatizamos que conforme experiência relatada, o psicólogo hospitalar, deve trabalhar junto a equipe assistencial, conscientizando sobre a importância do cuidado humanizado e o dever ético político de cada profissão. Deve estar atento às demandas intrínsecas e extrínsecas de cada paciente/família, e caso seja necessário deve realizar contrarreferência para a unidade básica de saúde para acompanhamento pós alta.

Sob esse viés, a gravidez e o processo de parto e nova maternidade exigem grandes adaptações físicas, psicológicas e sociais para as mulheres. Além disso, o caminho do desenvolvimento do embrião ao feto, ao recém-nascido e ao bebê, tem o potencial de exercer influências críticas sobre a saúde mental e física do novo indivíduo ao longo de sua vida. A psicologia enquanto ciência e profissão vêm levantando discussões essenciais acerca da saúde mental na perinatalidade.

Em virtude dos fatos mencionados, a atuação do psicólogo no período do ciclo gravídico-puerperal poderá ajudar a prevenir e promover um bem-estar mental das mulheres. Assim como a criação e fortalecimento de rede de apoio e a orientação em relação às mudanças biopsicossociais específico neste desenvolvimento humano das mulheres.

## **METODOLOGIA**

Para a construção do artigo foram revisadas literaturas nos sites acadêmicos: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Google Acadêmico e Periódicos Eletrônicos em Psicologia (Pepsic), colocando como palavra chaves: Psicologia and gravidez, Psicologia and personalidade, Psicologia and Obstétrica, Psicologia and puerpério e Psicologia and gestante. O levantamento realizado teve como foco a construção da psicologia e saúde mental em torno dos termos perinatalidade, parentalidade e dos transtornos psíquicos sucedidos no período gravídico puerperal. Conceito como pré-natal e pré-natal psicológico também fizeram parte do repertório.

Para sustentar a hipótese levantada, foram utilizados dois recortes de

atendimento realizado na Santa Casa de Misericórdia de Barbacena, durante o período de estágio obrigatório.



## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Devido à escassez na literatura que perpassa sobre o apoio e o suporte psicológico a gestantes e puérperas, principalmente no Brasil, encontramos dificuldades ao estudar o tema, uma vez que profissão do psicólogo foi regulamentada em 1962, e a pioneira em levantar essa discussão no país, foi a autora Maria Tereza Maldonado na década de 1970.

Contudo, há movimentos recentes que tem buscado voltar o olhar de psicólogos para atenção à saúde mental materna, dessa forma, ressaltamos que o trabalho da Psicologia no pré-natal surge para complementar à assistência convencional que acontece atualmente. O trabalho da psicologia no período do ciclo gravídico puerperal é de suma importância, uma vez que ela pode ajudar a criar e fortalecer a rede de apoio, agir preventivamente contra os possíveis transtornos puerperais e ajudar as gestantes nesta fase de mudanças biológicas, psicológicas e sociais. Os impactos psíquicos e os transtornos que surgem no período de gestação e puerpério podem perdurar em longo prazo se não forem tratados da forma correta. Por isso, enfatizamos a importância do acompanhamento psicológico junto à gestante no pré e pós-natal.

Essa realidade hoje no Brasil é permitida somente a aquelas mães que possuem estabilidade financeira que lhes possibilite dispensar recursos particulares ao acompanhamento psicológico. Por isso, a implementação e efetivação de espaços dentro das políticas públicas nesse tocante devem ser pensadas para atingir as mães de todos os níveis sociais e não somente a rede particular.

Assim, o pré-natal psicológico (PNP) pode configurar-se como um espaço importante de apoio às mulheres, para a escuta e a troca de experiências. É possível promover a saúde das gestantes e o fortalecimento da relação e criação de vínculos, bem como a prevenção de possíveis sintomas e adoecimentos



### **ABSTRACT**

This article aims to carry out a narrative bibliographic review of the existing literature on the subject of psychology and mental health in the context of perinatal and psychic disorders, parenting successes and psychic disorders in the pregnancy puerperal period. The importance of perinatal psychology is highlighted for a conception of health and the applicability of prevention policies and specific treatments for this public. In addition, we sought to elucidate the argument woven through the presentation of an internship performance, in order to demonstrate the importance of the psychologist in the context of Psychological Prenatal. With this, it is possible to guarantee a performance that consolidates, in fact, the perspective of promoting and preventing the health of these women.

**Keywords:** Perinatal psychology; Mental health of pregnant women; Psychological Prenatal.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ALBUQUERQUE, Roberto Nascimento de; ROLLEMBERG, Daiana Valéria da Silva. Fatores de risco e cuidados à mulher com baby blues. *SAÚDE REV.*, Piracicaba, v. 21 n. 1, p. 239-249, 2021.

ALMEIDA, Natália Maria de Castro; ARRAIS, Alessandra da Rocha. O Pré-Natal Psicológico como Programa de Prevenção à Depressão Pós-Parto. **Psicologia: Ciência e Profissão [online]**. 2016, v. 36, n. 4, p. 847-863.

ANDRADE, Raquel Dully *et al.* Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Escola Anna Nery [online]**. 2015, v. 19, n. 1, p. 181-186.

ARRAIS, Alessandra da Rocha *et al.* O Pré-Natal Psicológico como Fator de Proteção à Depressão Pós-Parto. **Saúde e Sociedade [online]**. 2014, v. 23, n. 1, p. 251-264.

ARRAIS, Alessandra da Rocha. **As configurações subjetivas da depressão pós parto: para além da padronização patologizante**. Tese de doutorado. Brasília: Unb, 2005.

ARRAIS, Alessandra da Rocha; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Pré-Natal Psicológico: perspectivas para atuação do psicólogo em Saúde Materna



**UNIPAC**

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

---

BACKES, Dirce Stein; LUNARDI, Valéria Lerch; LUNARDI FILHO, Wilson D. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]**. 2006, v. 14, n. 1, p. 132-135. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000100018>>. Acesso em: 10 mai 2022.

BAKER, E. F. **O labirinto humano: causas do bloqueio da energia sexual**. São Paulo: Summus, 1980.

BARBIERI, O.I. *et al.* Assistência a parturiente: alguns aspectos psicossociais. **Rev. Esc. Enf. USP**, n.1, p.33-37, 1983.

BORTOLETTI, F. F. (2007b). **Psicodinâmica do ciclo gravídico puerperal**. In: A. F. Moron, F. F. Bortoletti, J. Bortoletti Filho, M. U. Nakamura, R. M. Santana, & R. Mattar. *Psicologia na prática obstétrica: abordagem Interdisciplinar* (pp. 21-31). Barueri, SP: Manole.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. Resolução nº 010, de 21 de julho de 2005. O Código de Ética Profissional do Psicólogo. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia-1.pdf>>. Acesso em: 26 abr de 2022.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei 8.069/90. São Paulo, Atlas, 1991.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, Diário Oficial da União, 8 abr. 2005, Seção 1.

BRASIL. **Lei nº 11.634, de 27 de setembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema único de Saúde. Brasília, Diário Oficial da União, 28 dez. 2007, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000** - Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Portadoras nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida.**

26

## UNIPAC

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

---

Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 51 p.

**BRASIL. Portaria nº569, de 01 de Julho de 2000.** Disponível em: Portaria nº569, de 01 de Julho de 2000. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com\\_gmg&controller=document&id=504](https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=504)

BRASIL. Presidência da República. Subchefia de Assuntos Jurídicos. **Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996.** Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

CAMACHO, R.S *et al.* **Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento.** Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo: Ed. USP, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n2/a09v33n2.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2022.

CANTILINO, Amaury *et al.* Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo) [online].** 2010, v. 37, n. 6, p. 288-294. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000600006>>. Acesso em: 03 nov 2022.

CARON, N. A. **A relação Pais-Bebê da observação à clínica.** 2000. São Paulo. Casa do Psicólogo.

COLMAN, L. L. e COLMAN, A. D. (1994), **Gravidez.** A Experiência Psicológica, Lisboa: Edições Colibri

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais** – 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DIEGO MA, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Gonzalez-Quintero VH. **Prenatal depression restricts fetal growth.** Early Hum Dev. 2009 Jan;85(1):65-70. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2008.07.002. Epub 2008 Aug 23. PMID: 18723301; PMCID: PMC2651570.

FERREIRA, Maria Beatriz Guimarães *et al.* **Nursing care for women with pre eclampsia and/or eclampsia: integrative review.** Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]. 2016, v. 50, n. 02 [Acessado 14 Novembro 2022] , pp. 0324-0334. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200020>>. ISSN 1980-220X. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200020>.

FLECK, Adriana; PICCININI, César Augusto. **O bebê imaginário e o bebê real no**

**contexto da prematuridade: do nascimento ao 3º mês após a alta.** Aletheia, Canoas , n. 40, p. 14-30, abr. 2013.

FONGARO, M.L.H.; SEBASTIANI, R.W. 2003. Roteiro de Avaliação Psicológica aplicada ao Hospital Geral. In V.A. Angeroni-Camon (Org.). E a Psicologia Entrou no Hospital. Valdemar Augusto (Org). São Paulo: Thomson Learning.

27

**UNIPAC**

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

---

IACONELLI, Vera. **Mal-estar na maternidade: do infanticídio à função materna.** 2012. (Doutorado em Psicologia Social). Universidade de São Paulo. 2012. 130 f.

LANE, Silvia T. Maurer. **O que é psicologia social** / Silvia T. Maurer Lane. — São. Paulo : Brasiliense, 2006.

LEBOVICI, S. 1987. **O bebê, a mãe e o psicanalista.** Porto Alegre: Artes Médicas.

LOBATO, Gustavo; MORAES, Claudia L; REICHENHEIM, Michael E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.** 2011, v. 11, n. 4.

MADER, Bruno Jardini (Org.). **Psicologia Hospitalar: Considerações Sobre Assistência, Ensino, Pesquisa e Gestão.** Curitiba: Crp-pr, 2016. 70 p.

MALDONADO, Maria Tereza Pereira. **Psicologia da Gravidez: gestando pessoas para uma sociedade melhor.** 2. ed. São Paulo: Editora Ideias & Letras, 2017. 248 p. ISBN 8555800242.

MARTINS, T. S. S.; Silvino, Z. R. (2010). Um marco conceitual para o cuidado à criança hospitalizada à luz da teoria de Neuman. **Cogitare Enfermagem**, vol. 15, n.2, p. 340-344.

MICHAELIS Moderno, Editora Melhoramentos Ltda. **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa.** Uol, 2022. Disponível em:

<<https://michaelis.uol.com.br/palavra/EZGdx/perinatalidade/#:~:text=Dicion%C3%A1rio%20Brasileiro%20da%20L%C3%ADngua%20Portuguesa&text=Med%20Per%C3%ADodo%20que%20se%20situa,%20Bdade%2C%20como%20fr%20p%C3%A9riod%20de%20gest%C3%A3o%20e%20parto>>. Acesso em: 10 nov. 2022.

MIRANDA, F.K. *et al.* **Atuação da Enfermagem na Síndrome de Hellp.**— UMA Revisão de literatura. Revista Gestão & Saúde, v. 15, n. 1, p. 39 - 45, 2016.

O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, Burda BU (2016) **Triagem de atenção primária e tratamento da depressão em mulheres grávidas e pós parto**; relatório de evidências e revisão sistemática para a força-tarefa de serviços preventivos dos EUA. JAMA 315:388–406.

OLIVEIRA , José Antônio Puppim . **Desafios do planejamento em políticas públicas: diferentes visões e práticas.** Scielo, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/nJqFsXyTfDk8W8SVRRVFfgw/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 31 out. 2022.

PERSPECTIVA GLOBAL REPORTAGENS HUMANAS, Onu News. **OMS: 20% das mulheres terão doença mental durante gravidez ou pós-parto.** ONU News, 2022.

Disponível em:

<https://news.un.org/pt/story/2022/09/1801501#:~:text=A%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%BAde,servi%C3%A7os%20de%20sa%C3%ADe%20materno%2Dinfantil..> Acesso em: 31 out. 2022.



28

## UNIPAC

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

---

PRIMÍPARA. In: **Michaelis**. Editora: Melhoramentos. 2022. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=primipara>>. Acesso em: 18 nov 2022.

RAAD, Alexandre José. Psicologia hospitalar. Teoria, aplicações e casos clínicos. **Psico-USF**, v. 9, n. 1, p. 107-108, Jan./Jun. 2004.

SCHIAVO, Rafaela Almeida. Saúde Mental na Gestação: ansiedade e depressão. MaterOnline. 2018. Disponível em: <<https://materonline.com.br/ebook/>>. Acesso em: 27 abr 2022.

SCHMIDT, Eluisa Bordin; PICCOLOTO, Neri Maurício; MÜLLER, Marisa Campio. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico-USF**, v. 10, n. 1, p. 61-68, jan/jun 2005.

SILVA, Ana Nóbrega da *et al.* Psicologia Hospitalar: reflexões a partir de uma experiência de estágio supervisionado junto ao setor Obstétrico-Pediátrico de um Hospital Público do interior de Rondônia. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, p. 41-58, jun 2012.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de psicologia hospitalar**: o mapa da doença. 5.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 1992. 6a ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

VIEIRA, B. D.; PARIZOTTO, A. P. A. V. Altera es psicológicas decorrentes do período gravídico. **Unoesc & Ciência - ACBS**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 79-90, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.unoesc.edu.br/acbs/article/view/2559>>. Acesso em: 5 nov. 2022.