

**UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO**

Daniela Espíndola Alves

**Bem-estar da gestante: avaliação de um modelo de  
pesquisa e intervenção da Doula**

São Bernardo do Campo  
2018

DANIELA ESPÍNDOLA ALVES

**Bem-estar da gestante: avaliação de um modelo de  
pesquisa e intervenção da Doula**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Saúde, da Universidade Metodista de São Paulo (UMESP), como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Orientador(a): Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Miria Benincasa Gomes

São Bernardo do Campo  
2018

## FICHA CATALOGRÁFICA

A187b Alves, Daniela Espíndola  
Bem-estar da gestante: avaliação de um modelo de pesquisa e intervenção da doula / Daniela Espíndola Alves. 2018.  
67 p.

Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) --Escola de Ciências Médicas e da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2018.  
Orientação de: Miria Benincasa Gomes.

1. Doulas 2. Gravidez 3. Período pós-parto I. Título

CDD 157.9

Curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Saúde.

Nome da aluna: Daniela Espíndola Alves

Título da Dissertação: Bem-estar da gestante: avaliação de um modelo de pesquisa e intervenção da Doula

Orientadora: Profa. Dra. Miria Benincasa Gomes

Dissertação apresentada e aprovada como requisito para obtenção do Título de Mestre em Psicologia da Saúde, em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018, pela banca examinadora constituída por:

---

Orientadora: Profa. Dra. Miria Benincasa Gomes

---

Profa. Dra. Ana Cristina Araújo do Nascimento

---

Prof. Dr. Manuel Morgado Rezende

Programa: Pós-graduação em Psicologia da Saúde

Área de Concentração: Psicologia da Saúde

Linha de Pesquisa: Saúde, Violência e Adaptação Humana

São Bernardo do Campo

2018

## AGRADECIMENTOS

Gratidão meu Deus por cada momento vivido do início desse projeto até aqui, a sua entrega. Entrego na certeza que o Senhor me ungiu para seguir no trabalho, nas pesquisas e em sua execução.

Agradeço por eu ter encontrado a professora Miria, cheia de luz, conhecimento e desejo de mudar essa geração que nasce com hora marcada, de mulheres marcadas pela hostilidade. Ela que se doa inteiramente para comprovar que para gerar, nascer e viver é preciso de amor e deixar a natureza humana seguir o seu rumo. O amor generoso e paciente com que ela me conduziu em todos os momentos de alegria e tristeza durante todo o percurso eu jamais vou esquecer. Vibramos juntas nas ideias, nos resultados, lutamos juntas nas disputas, nas provações, mas não desistimos.

Ao incentivo da bolsa de estudos que conquistei pelas CAPES/PROSUP.

Às outras manifestações Divinas que nessa folha posso revelar. Luciana Inhan, uma amiga que me ensinou a escrever no cansaço, me reanimou quando minha mente paralisou e não me deixou desistir. À Renata Lopes minha amiga que orou e intercedeu por mim.

Às gestantes que participaram integralmente da pesquisa, que são testemunhas vivas de que o amor cura e que me ensinaram com olhos, ouvidos e coração.

Aos professores Manuel, Marília, Geralda e Eda, grandes formadores de profissionais humanos que fizeram eu me apaixonar ainda mais pela pesquisa.

Aos meus amigos de classe Marcia, Ana Luiza, Rosana, Daniele, Valéria, Nivaldo, Cristiano, Adriana e à secretária Elis.

Ao Ed que chegou para brindar o fim dessa longa jornada, meu companheiro, um motivador que quando achei que tudo estava sem sentido me mostrou o sentido máximo de tudo, foi aquele grito no fim da pista para alcançar a linha de chegada.

O resultado desse trabalho tem o mérito de cada um que citei, eles de alguma forma não me deixaram desistir, contribuíram com seu conhecimento e parceria.

Finalmente à banca examinadora composta pela Profa. Dra. Ana Cristina e pelo Prof. Dr. Manuel que me auxiliaram para melhor concluir esse trabalho.

Ao contrário do que me falavam, que a pesquisa é muito solitária, não é. Nessa eu ganhei muito amor e sempre tive as melhores pessoas ao meu lado.

Com amor à pesquisa, ao conhecimento e à partilha, eu agradeço a Deus por tudo e por todos.

“Para mudar o mundo é preciso primeiro mudar a forma de nascer.”

Michel Odent

## RESUMO

A expressão "doula" vem do grego "mulher que serve". O trabalho é dar suporte físico e emocional às mulheres grávidas no pré-natal, no parto e no pós-parto. Com o passar do tempo as famílias foram ficando menores e contato com as mulheres mais experientes foi se perdendo. A assistência dada a essa gestante passou a ser pela equipe médica tanto no cenário físico quanto emocional. Porém a necessidade de alguém para dar apoio de maneira particularizada para cuidar do bem-estar das mães foi surgindo e essa lacuna pode e deve ser preenchida pela doula. O objetivo desse trabalho foi avaliar um modelo de pesquisa-intervenção com Doula em gestantes no pré-natal e no pós-parto. Trata-se de uma pesquisa descritiva e qualitativa. Para atingir esse objetivo foi utilizado o método de oito encontros de grupo semanais, com duração de duas horas, com temas baseados em evidências científicas: vínculo mãe e bebê, relação conjugal, mulher mãe e profissional, parto, puerpério, depressão pós-parto, praticidades e o Chá de Bençãos e uma segunda fase com um encontro de grupo no pós-parto. Com cinco gestantes, na faixa etária de 18 a 36 anos, residentes da cidade de Aparecida-SP. Os resultados deste estudo, embora não generalizáveis indicaram que as participantes que vivenciaram a intervenção com a Doula apresentaram maior autoestima e menores indicadores de depressão pós-parto quando comparadas com aquelas que não participaram da intervenção. Embora tenha sido um estudo exploratório, com número reduzido de participantes, os resultados sugerem que a reprodução deste modelo em outros grupos podem, além de beneficiar outras gestantes, acrescentar confiabilidade e fidedignidade a estes dados, aumentando a compreensão do impacto que esta atividade pode ter nesta população.

Palavras chave: Doula; Gestação; Pós-Parto; Processo Grupal; Instrumentos

## **ABSTRACT**

The expression “Doula” derives from Greek “servant-woman”. The work is to give physical and emotional support to pregnant women before, during and after childbirth. As times goes by, families diminish and contact with more experienced women has been gradually lost. The assistance given to pregnant women was then provided by the medical team both physically and emotionally. However, the need for someone to assist the well-being of mothers in a personalized way has come up and this gap can and must be filled by a doula. The goal of this paper was to evaluate a model of an intervention-research with doulas which have assisted women before and after childbirth. This research is descriptive and qualitative. In order to reach this goal, a method consisting of eight-weekly group encounters, two hours each, was used. The themes discussed were based on scientific evidence: the bond between the mother and her baby, couple relationship, women as mothers and professionals, childbirth, puerperium, postpartum depression, practicalities and the Blessing Shower and a second stage with one group encounter after birth. With five pregnant women, between 18 and 36 years of age, all of them residents in the town of Aparecida-SP. The results of this study, although not generalizable, suggested that the participants who experienced the intervention with a Doula presented better self-stem and lower levels of postpartum depression when compared to those who didn’t experience the intervention. Although this work has been an exploratory study, with a reduced number of participants, results suggest that the reproduction of this model in other groups, besides benefitting other pregnant women, can add reliability and trustworthiness to these data, increasing the understanding of the impact this activity can have is these people.

**Key-words:** Doula, Pregnancy, Postpartum, Group Process, Instruments

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>8</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>12</b>
<b>2.1 A gestação</b> .....	<b>16</b>
<b>2.1.1 Avaliação psicológica da gestante</b> .....	<b>22</b>
<b>2.1.2 Avaliação e intervenção psicológica</b> .....	<b>24</b>
<b>2.1.3 Elementos de destaque</b> .....	<b>25</b>
<b>3 OBJETIVO</b> .....	<b>27</b>
<b>3.1 Objetivos específicos</b> .....	<b>27</b>
<b>4 MÉTODO</b> .....	<b>28</b>
<b>4.1 Participantes</b> .....	<b>28</b>
<b>4.2 Local</b> .....	<b>29</b>
<b>4.3 Instrumentos</b> .....	<b>29</b>
<b>4.3.1 Pré-natal com Doula – técnica de intervenção grupal</b> .....	<b>29</b>
<b>4.3.2 Questionário sociodemográfico</b> .....	<b>30</b>
<b>4.3.3 Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)</b> .....	<b>30</b>
<b>4.3.4 Escala de Autoestima de Rosenberg</b> .....	<b>30</b>
<b>4.4 Procedimento de coletas de dados</b> .....	<b>31</b>
<b>4.5 Procedimento de análise dos dados</b> .....	<b>33</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>34</b>
<b>5.1 1º Encontro: Apresentação e vínculo mãe e bebê</b> .....	<b>36</b>
<b>5.2 2º Encontro: Relação conjugal</b> .....	<b>38</b>
<b>5.3 3º Encontro: E eu?</b> .....	<b>41</b>
<b>5.4 4º Encontro: Parto</b> .....	<b>43</b>
<b>5.5 5º Encontro: Puerpério</b> .....	<b>46</b>
<b>5.6 6º Encontro: Depressão pós-parto</b> .....	<b>48</b>
<b>5.7 7º Encontro: Praticidades</b> .....	<b>49</b>
<b>5.8 8º Encontro: Chá de Bênçãos</b> .....	<b>52</b>
<b>5.9 9º Encontro: Pós-Parto</b> .....	<b>54</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>65</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>67</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>73</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Primeiramente gostaria de registrar que este projeto de mestrado existe porque eu acredito na pesquisa e no efeito que ela tem quando executada. Este projeto não começou no primeiro semestre de aulas do mestrado, ele tem uma história e um caminho mais extensos.

Em 2013, uma colega me convidou para participar de um grupo de mulheres que eram gestantes, mães e mulheres que estavam tentando engravidar. Eu era casada e queria ter mais conhecimento sobre ter filhos, como me preparar, queria saber se havia realmente “uma preparação” e o quanto essa preparação contribuiria para uma gestação com qualidade e bem-estar.

Esse grupo de mulheres, chamado de Roda de Mulheres, conduzida por uma Doula, não era um encontro religioso nem social, era um encontro no qual as mulheres podiam se sentir bem, falar dos seus problemas, das suas preocupações, das situações que parecem acontecer só em suas casas e só com elas mesmas.

Fui, mas antes decidi ficar quieta e só ouvir. Nesse encontro, a Doula que o coordena deixou bem claro que ali era um espaço para todas, o que fosse dito não deveria ser comentado fora daquele espaço, que não haveria julgamentos nem críticas. São fatores que realmente contribuem para que todas coloquem suas maiores angústias e alegrias durante a partilha.

Os encontros aconteciam uma vez por semana e duravam um pouco mais de duas horas.

Na fala daquelas mulheres aprendi muito, percebi o quanto aquela situação de grupo funcionava comigo, o quanto fortalecia meu feminino, me tranquilizava nas atitudes, que não existia o “certo” e o “errado”, mas o que era bom para mim. Que sentir angústia, medo, insegurança era comum, que esses sentimentos, quando não falados, eram tão grandes e se tornavam pequenos quando ouvidos por outras pessoas. Ouvi situações piores do que a minha, ouvi coisas que não concordava também, percebi o quanto as pessoas fora daquela roda me ditavam e o quanto os meus sofrimentos eram provenientes das regras da sociedade. Foi quando eu me empoderei e decidi me aceitar do jeito que sou e que minha natureza tem seu tempo, que cada um tem seu tempo e sua natureza é particular.

Esse reconhecimento tem reflexo dentro de casa e você o leva para a vida cotidiana também. Não são os médicos que te engravidam, nem os remédios, e nem as inseminações artificiais que te tornam mãe. Construir uma família é muito mais do que isso.

Freei naturalmente meu desejo de ser mãe, talvez o desejo tenha ido para o lugar devido, houve uma equalização, aceitei que ainda não era a hora. E daí surgiram outros projetos.

O desejo de estudar sempre foi latente, mas, até participar desses encontros, eu não tinha certeza qual tema eu poderia me aprofundar. Desde jovem sempre tive uma grande atração pela Psicologia, um estudo infinito e de tantas vertentes, e foi então que me encontrei nesses temas: roda de mulheres, gravidez, maternidade, família.

Percebi que o que tinha acontecido comigo era muito bom, “a verdade vos liberta” e liberta mesmo, então essa minha experiência precisava ser comprovada pela ciência e disseminada para alcançar o maior número de pessoas. Normalmente, esses grupos acontecem para mulheres instruídas, com condições de pagar por terapias. Foi nessa conclusão que decidi realizar o mestrado e investir em um programa de TV sobre o tema para que mais pessoas pudessem ter acesso.

No início de 2015, decidi me preparar, então, para iniciar uma pós-graduação na área de Psicologia, começando minhas pesquisas sobre onde e como seria. Pesquisando pelos descritores: parto humanizado, Doula, psicologia, família, encontrei a Professora Doutora Miria G. Benincasa. A certeza de que ela seria minha orientadora e que a instituição era a UMESP estava certa, era apenas começar os procedimentos para ingressar. Por motivos financeiros, não pude iniciar os estudos em junho de 2015 e senti muito por isso, sendo que foi nessa dor que encontrei minha força para me preparar ainda mais para que, em 2016, eu estivesse iniciando a pesquisa.

Aproveitei esse período para realizar o curso de Doula Pós-parto, orientado pela minha professora Dra. Miria Benincasa, pois, como jornalista, não poderia colocar em prática nosso projeto, que era o de realizar o atendimento às gestantes durante a gestação para evitar os prejuízos do pós-parto, porém, ainda nesse momento, não tínhamos definido como seria. O curso foi ministrado pela equipe do GAMA (Grupo de Apoio à Maternidade Ativa), na cidade de São Paulo.

Graduada em Jornalismo, eu trabalhava como apresentadora na Rede de Comunicação TV Aparecida, uma emissora nacional, e nesse período de 2015 apresentei um projeto de programa com o objetivo de falar sobre a família. A intenção era entrevistar profissionais que tratavam sobre o assunto respeitando a natureza humana, suas escolhas e, também, expor possíveis caminhos para resolver os conflitos familiares.

Em junho de 2015, foi o lançamento do primeiro programa. Ainda sem nome, a entrevistada, que foi falar sobre um projeto chamado Chá de Bênçãos, o qual acolhe gestantes e faz um ritual da passagem da mulher para a mulher mãe, me sugeriu o nome Pé de Amor, pois realizamos esse programa debaixo de uma jaboticabeira e o nosso tema sempre teria relação com o amor. E assim ficou, Pé de Amor.

Nesse período, eu já não participava mais das rodas de mulheres, decidi me dedicar para o mestrado e para o programa de TV.

O programa teve seu espaço na grade de programação, exibido em rede nacional, pela TV Aparecida, contando com mais de 80 programas em dois anos e meio. Dentre todos, destaco a exibição do dia 30 de agosto de 2016: “As mudanças físicas e emocionais durante a gravidez”; e a do dia 18 de outubro de 2016: “O pós-parto que ninguém fala”, em ambos a professora Dra. Miria Benincasa foi a convidada especial, nos concedendo uma entrevista esclarecedora que colaborou muito para o público que a acompanhou.

Para mim, a pesquisa existe para contribuir com o planeta, com as pessoas que o habitam, com a natureza, nas formas de vida, com a evolução, por isso acredito que ela tenha mais poder quando colocada em prática para beneficiar todo esse conjunto. E o programa era, sem dúvida, mais uma forma de o projeto sair da teoria e seguir na prática: vamos falar do assunto.

Prática foi o primeiro passo que minha orientadora e eu tomamos. Além do curso de Doula concluído, já no primeiro semestre de 2016, no início das aulas, apresentei para minha orientadora o projeto Colinho de Mãe, uma atividade da empresa na qual eu trabalhava, o Santuário Nacional de Aparecida.

Desenvolvido em 2011, o projeto acolhe gestantes em situação de vulnerabilidade social e carência financeira, residentes nos municípios de Aparecida (SP), Potim (SP) e Roseira (SP). O objetivo é transmitir de noções básicas no período gestacional, parto, amamentação até os cuidados com o recém-nascido, criando alicerces para a construção de um mundo melhor. A atividade promove encontros mensais com equipe multidisciplinar e assistência alimentar, durante o período gestacional, e kit enxoval de bebê. Para participar do projeto, a gestante deve se inscrever no Núcleo de Serviço Social e a inclusão poderá ser realizada até o 4º mês de gestação. Em 2016, foram atendidas 412 gestantes.

Marcamos uma reunião com a assistente social da atividade Colinho de Mãe para apresentar nosso projeto e a nossa intenção.

A ideia principal era trabalhar em conjunto com as participantes do projeto de pesquisa aprovado pela FAPESP, intitulado Cesárea Eletiva, Violência Obstétrica e Parto Humanizado: o legado destas intervenções para a vida emocional da mulher, coordenado pela Profa. Dra. Miria Benincasa e pelo Prof. Dr. Manuel Morgado Rezende, que se resume em investigar diferenças e semelhanças entre mulheres que vivenciaram três modelos de parto: o parto humanizado, a cesárea eletiva e o parto normal com violência obstétrica; identificar se a violência obstétrica ou a antecipação do parto (cesárea eletiva) geram prejuízos para a mulher

e para sua relação com o bebê e; fornecer subsídios para Políticas Públicas voltadas à Humanização do Parto e redução da Violência Obstétrica. Foram selecionadas noventa mulheres distribuídas uniformemente entre as que realizaram uma cesárea eletiva, que vivenciaram um parto humanizado e que passaram pela experiência de violência obstétrica. Foi realizada uma entrevista psicológica e aplicados três instrumentos: Escala de Autoestima de Rosenberg, Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgo (EPDS) e Questionário Sociodemográfico (Benincasa, 2017). Dessas noventa mulheres foram selecionadas cinco que não tiveram acompanhamento por Doula durante o pré-natal.

Utilizamos como modelo o projeto da FAPESP, mas, com algumas adaptações, estruturamos nosso projeto da seguinte forma: seriam oito encontros semanais ministrados por mim, nos quais teria também a presença uma psicóloga, com os seguintes temas: Vínculo mãe e bebê; Relação Conjugal; E eu?; Parto; Puerpério; Depressão pós-parto; Praticidades; e, por último, o Chá de bênçãos.

A assistente social aceitou e colaborou para que todos os encontros acontecessem na própria instituição. Então, um dia, fui participar da atividade Colinho de Mãe e fazer o convite às gestantes para que participassem do nosso projeto.

Tinham, em média, 42 gestantes. No final do encontro, me apresentei, expliquei minha presença e meu objetivo. Muitas delas tiveram interesse, mas por motivos de trabalho e outras condições necessárias para participar, para muitas não era possível. Referente à data e ao horário pré-definido, cinco delas aceitaram.

Os encontros se iniciaram em maio de 2016, contando com a participação de todas as gestantes e com o Chá de Bênçãos como encerramento, encontro que explico os detalhes no capítulo 3 deste projeto.

Fiz uma visita informal a elas no dia do parto para dar boas-vindas ao bebê e à nova mãe que também nasceu.

Por volta de sete meses após o nascimento dos bebês, marcamos um encontro com todas para partilhar os momentos de parto e pós-parto.

Para finalizar, realizei visitas individuais e apliquei as avaliações psicológicas: Depressão Pós-parto, Autoestima e a entrevista Sociodemográfica para descrever, futuramente, com as gestantes do projeto da FAPESP que não tiveram acompanhamento por Doula.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Por meio de resultados de pesquisas, percebemos que os acontecimentos que envolvem o processo de parto e nascimento no contexto hospitalar marcam uma atmosfera de risco, sofrimento, insatisfação, frustração e violência, dificultando à mulher e sua família transformar essa experiência em algo positivo, gratificante e saudável (Souza & Dias, 2010). O conhecimento, para as participantes dos grupos de encontro com Doulas, é primordial. É possível observar o interesse em se organizarem com mais consciência para o parto e passarem por um pós-parto com menos prejuízos. Essas mulheres buscam mudar de forma significativa seu estilo de vida para um modo mais saudável, desde a alimentação até o relacionamento com o parceiro.

Para iniciarmos a pesquisa, procuramos entender esse cenário político-social e conhecer os direitos das mulheres durante esse período de pré e pós-parto. Em 17 de março de 1999, foi promulgada a Lei nº. 10.241 que, no seu parágrafo XVI, assegura a presença do companheiro nos pré-natais e no momento do parto (Brasil, 1999). Finalmente, em 7 de abril de 2005, a Lei nº. 11.108 altera a Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990, e determina que os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde e da rede própria ou conveniada permitam a presença de um acompanhante com a parturiente durante o processo de parto, nascimento e pós-parto imediato (Brasil, 2005).

A mulher, nessa fase importante de sua vida, pode ser acompanhada não só pelo parceiro ou qualquer pessoa de sua confiança, mas também por uma Doula. O apoio oferecido tanto pelo acompanhante de escolha da parturiente quanto pela Doula se complementa. Enquanto a presença do companheiro se faz importante pelo laço emocional com a parturiente, a presença da Doula traz segurança pela experiência e conhecimento (Brasil, 2001)

A expressão “Doula” vem do grego e significa “mulher que serve”. O trabalho consiste em dar suporte físico e emocional às mulheres grávidas no pré-natal, durante e após o parto. Com o passar do tempo, as famílias foram ficando menores e o contato com as mulheres mais experientes foi se perdendo (Leão, 2000). A assistência dada à gestante passou a ser feita pela equipe médica tanto no cenário físico quanto no emocional, porém a necessidade de alguém mais qualificado para dar apoio de maneira particularizada e cuidar do bem-estar das mães foi surgindo e essa lacuna passou a ser preenchida pela Doula. Mundialmente, esse nome aplica-se às mulheres que dão suporte físico e emocional a outras mulheres antes, durante e após o parto. Na década de 1970, a palavra Doula apareceu como referência à presença de uma companheira

no momento do parto e nascimento. No entanto, a palavra Doula foi resgatada, primeiramente por Dana Raphael, antropóloga americana, estudiosa da prática do aleitamento materno, para referir-se a uma experiente companheira de parto que fornece à mulher, ao seu marido ou acompanhante, suporte emocional e físico durante todo o processo de parto e nascimento, inclusive no puerpério<sup>1</sup> (Leão, 2000). No Brasil, chegou a ser cogitado chamá-las de comadres porque, na maioria das vezes, quem exercia a função de Doula eram as comadres, dispostas a auxiliar a mãe de seus afilhados durante o parto e nascimento. Esse nome não foi adotado, pois poderia causar confusão (Fadyinha, 2003).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996), na publicação “Assistência ao Parto Normal: um guia prático”, se refere à Doula como uma prestadora de serviços que recebe treinamento básico sobre parto e que está familiarizada com uma ampla variedade de procedimentos de assistência. Fornece apoio emocional, medidas para proporcionar o conforto materno, contato físico, esclarecimentos sobre o que está acontecendo durante o processo de parto e nascimento, ou seja, uma presença amiga constante.

De acordo com Simkin (1989), durante o nascimento, uma Doula guia e auxilia mulheres e seus parceiros durante o trabalho de parto. Uma Doula permanece com a mãe ao longo de seu trabalho de parto, oferecendo informações práticas e apoio emocional. O suporte físico também é fornecido para a mãe enquanto ela muda de posição, se move na cadeira de balanço ou na bola, e também no banho. Às vezes, as mães querem se apoiar na Doula durante as fortes contrações, ou ainda pedem uma forte pressão na parte inferior das costas quando o bebê desce.

Chuveiros, massagens, bolsas de água quente ou fria, bebidas e outras medidas reconfortantes sugeridas por uma Doula podem permitir que a mãe relaxe mais, durante e entre as contrações. A autoestima da mãe e seu senso de realização aumentam, melhorando, assim, seu estado emocional após o nascimento e permitindo que ela assuma o papel de mãe com maior confiança (GAMA, 2015).

A Organização Doula da América do Norte (DONA, n.d.), a maior organização de Doulas certificada, define a Doula de parto como uma pessoa treinada e experiente em parto, que fornece recursos físicos e emocionais contínuos e apoio informativo à mãe antes, durante e logo após o nascimento.

---

<sup>1</sup> Período que compreende a fase pós-parto, quando a mulher passa por alterações físicas e psíquicas.

Green e Hotelling (2014), Doulas certificadas do Dona<sup>2</sup>, afirmam que a presença da Doula também permite aos pais e a outros parceiros que participem do nascimento de uma maneira espontânea. Isso é significativo para eles. Se os parceiros desejam ser mais ativos no apoio, ela pode lembrá-los gentilmente sobre as técnicas que aprenderam no pré-natal e ensaiá-los a apoiarem física e emocionalmente a mãe. Se os parceiros preferirem deixar a Doula ser a principal pessoa de apoio, ela pode assumir a liderança e auxiliar os parceiros na participação do nascimento ao seu nível de conforto, garantindo que as necessidades da mãe sejam conhecidas e respeitadas.

Kozhimannil, Hardeman, Attanasio, Blauer-Peterson e O'Brien (2013) apontam, em suas pesquisas, que a prática da Doula é um tipo de cuidado que não é tipicamente reembolsado pelo seguro de saúde nos Estados Unidos, ao contrário dos médicos, parteiras e obstetras. O uso dos cuidados da Doula está aumentando no país, mas permanece baixo: aproximadamente 6% das mulheres, que deram à luz em 2011 e 2012, relataram ter recebido cuidados de uma Doula. Existem barreiras substanciais ao acesso aos cuidados da Doula, especialmente nos países de baixa renda. O custo dos serviços da Doula de parto varia amplamente, entre \$300 e \$1200, e podem incluir uma ou mais visitas de pré-natal ou pós-parto, além do apoio durante o parto e o nascimento. Como os programas de seguro de saúde normalmente não oferecem cobertura para esses serviços, muitas mulheres que se beneficiariam dos cuidados com uma Doula não conseguem acessá-los.

Uma recente revisão sistemática Cochrane<sup>3</sup>, apresentada por Kozhimannil et al. (2013), mostra que os efeitos do apoio contínuo ao trabalho de parto revelaram maiores taxas de parto vaginal espontâneo e menores probabilidades de parto cesárea, menores taxas de anestesia regional (por exemplo, epidural), taxas mais baixas da utilização de instrumentos, isto é, fórceps e vácuo, trabalhos mais curtos e níveis mais altos de satisfação entre as mulheres que receberam o trabalho e apoio de Doula. Essa revisão indicou que o apoio é mais eficaz quando fornecido por um indivíduo como uma Doula, que não faz parte da equipe do hospital e que não era um membro da família ou amigo íntimo sem treinamento especializado.

---

<sup>2</sup> DONA International é a primeira organização de certificação de Doula líder do mundo. Criada em 1992, ela profissionalizou o papel da Doula. Desde então, certificam mais de 12.000 Doulas em mais de 50 países.

<sup>3</sup> É uma rede global independente de pesquisadores, profissionais, pacientes, cuidadores e pessoas interessadas em saúde. Contam com mais de 37 mil voluntários, de mais de 130 países ao redor do mundo, dedicados a realizarem revisões sistemáticas, através da metodologia Cochrane, para apresentação da melhor evidência científica disponível em todo o mundo, com o objetivo de ajudar a tomada de decisão nas diversas áreas da saúde.

Em outra pesquisa apresentada por Kozhimannil (2016), é possível perceber que as mulheres que receberam apoio de Doula apresentaram taxas de nascimento pré-termo<sup>4</sup> e cesárea mais baixas do que beneficiários da Medicaid<sup>5</sup> a nível regional (4,7 vs 6,3% e 20,4 vs 34,2%). Após ajuste para variáveis, as mulheres com Doula tinham probabilidades 22% menores de parto prematuro.

Depois de revisar a pesquisa apresentada por Devereaux e Sullivan (2013), verificou-se que ter o suporte e intervenção fornecidos por uma Doula diminui o uso de analgésicos durante o trabalho de parto e reduz a probabilidade de se ter um nascimento por cesariana. Também, em uma outra pesquisa, realizada por Gruber, Cupito e Dobson (2013), verificam-se resultados de nascimento de dois grupos de mães socialmente desfavorecidas, um recebendo assistência pré-natal de uma Doula certificada, e outro representando uma amostra de mães e parentes que optaram por não trabalhar com uma Doula. Todas as mães foram participantes de um pré-natal e programa de educação sobre saúde e parto. As mães assistidas por uma Doula tiveram quatro vezes menos chances de ter um bebê de baixo peso ao nascer. A comunicação e incentivo de uma Doula durante a gravidez podem ter aumentado a autoeficácia da mãe em relação à sua capacidade, ao ponto de impactar seus próprios resultados de gravidez.

Calcula-se que hoje cerca de 400 Doulas atuem no Brasil (censo informal realizado pelo Grupo de Maternidade Ativa [GAMA], 2015). Segundo elas, a necessidade do exercício de Doulas é proporcional à crescente desumanização do parto e nascimento. As Doulas oferecem um cuidado que envolve uma escuta ativa, alicerçada em atitudes de respeito, acolhimento, conhecimento técnico e amor. Nos encontros, é comum ouvir das mulheres que não há espaço com a família, amigos e companheiro, ou companheira, para falar sobre seus pensamentos. Preocupadas com o julgamento e cobranças, o silêncio é a melhor escolha. Em um encontro de mulheres, no qual o julgamento fica de fora, elas se sentem à vontade para se abrirem e questionarem sobre o mundo da maternidade e do feminino. Elas percebem que questões que pareciam ser apenas delas são comuns a todas as mulheres que estão na mesma situação.

---

<sup>4</sup> A gravidez tem duração média de 37 a 42 semanas. Quando um bebê nasce antes de completar 37 semanas de gravidez, considera-se pré-termo, sendo este subdivido em prematuridade tardia de 34 a 36 semanas, prematuridade intermediária de 32 a 33 semanas e grande pré-termo de 28 a 31 semanas. Recém-nascidos abaixo das 28 semanas de gravidez consideram-se pré-termos extremos.

<sup>5</sup> É um programa de saúde social dos Estados Unidos para famílias e indivíduos de baixa renda e recursos limitados.

## 2.1 A gestação

A gestação é um período de crise evolutiva fundamental no desenvolvimento da identidade feminina e que carrega consigo uma série de mudanças que são irreversíveis, fazendo com que a mulher passe por um período de vulnerabilidade (Ammaniti, Candelori, Pola, & Tambelli, 1999). Sendo assim, os sinais de depressão podem, muitas vezes, ser mascarados e confundidos com a sensibilidade e fragilidade características da fisiologia da própria gravidez (Mazet & Rosenblum, 2002). Figueiredo et al. (2010) acreditam que o aumento de informação, o apoio e a preparação durante a gestação contribuam para o aumento do bem-estar da mulher no final da gravidez, evidenciando-se uma menor ocorrência de problemas psicológicos e de depressão pós-parto. Desta forma, as intervenções feitas ainda na gestação funcionam como suporte a fim de conter as ansiedades, proporcionar trocas de vivências e reflexões sobre o ciclo gravídico-puerperal. O fato de falar, receber informações e refletir sobre as mesmas favorece a redução dos medos e da ansiedade relativos a esse período, tornando possível a percepção de suas modificações, facilitando o processo de adaptação (Nascimento, 2003; Zimmerman & Osório, 1997).

O desejo de ser mãe não se inicia quando a mulher decide engravidar, mas está presente desde a infância. Segundo Lebovici (1987), há três bebês na mente materna: em primeiro lugar, o bebê edípico, que surgirá da história da mãe com o seu Édipo e que guarda com ele todos os desejos infantis dessa mãe (o bebê da fantasia, que ela queria ter com o pai e reprimiu); em segundo, o bebê imaginário, que será o bebê construído durante a gestação pelas expectativas e sonhos da mãe; e o terceiro, que é o bebê propriamente dito, o qual ela segurará nos braços após o parto.

Uma mulher não pode ter um filho sem que ela o tenha desejado conscientemente, pois o querer inconsciente da fecundidade estava nela sem que ela percebesse (Dolto, 1984). O desejo de ter um filho pode ir além da demanda fálica da completude e ter um significado consciente — que é o de ser mãe e perpetuar a espécie — e um inconsciente — que é a elaboração da feminilidade (Bydlowski, 2002). Nem sempre o desejo de ter um filho está clarificado para a mulher e para o parceiro. Eles se questionam se seria mesmo a hora de ter um filho ou como iriam lidar com a responsabilidade de serem mãe/pai. Há situações em que o desejo de engravidar é tão intenso quanto o não desejo, deixando, assim, que aconteça sem que eles se deem conta. Segundo Maldonado, Nahoum e Dickstein (1981), devido à mescla de sentimentos, a confirmação da gravidez aparece como um momento de ambivalência. Essa ambivalência não se refere a uma rejeição inerente ao filho. Para a mulher, trata-se de uma

postura defensiva diante dos temores e fantasias de rejeição; mesmo que a vinda de um bebê seja aceita e planejada, as ansiedades, apesar de minimizadas, aparecerão e estarão ligadas pelas fantasias de rejeição da gravidez.

Partindo do pressuposto de que gestar um filho é algo sério, que demanda responsabilidade e outra série de questões, os sentimentos, ao se descobrir que está esperando um bebê, podem variar de intensidade: ora aceitação, ora não aceitação, ora alegria, ora medo. Isso acontece porque gestar um filho é tão profundo e intenso que o sentimento não aparece como sendo único, mas sim como uma série de diversidades e intensidades. Ainda que esse filho seja desejado, a dúvida é presente (Maldonado et al., 1981).

A gravidez é caracterizada como um dos três períodos críticos do ciclo vital da mulher. Define-se que seja uma fase de tensão biológica, designada por mudanças metabólicas complexas que alteram temporariamente seu estado físico e psíquico, envolvendo a necessidade de reajustamento em algumas perspectivas (Maldonado, 2002). Dessa forma, a gestação é considerada uma fase de grandes transformações no corpo e na vida emocional da mulher, além disso, é um processo natural envolvendo aspectos biológicos, psicológicos e sociais, no qual o grau de adaptação a essas mudanças vai influenciar no seu nível de ansiedade (Davim & Menezes, 2001).

É importante apontar a complexidade desse estado para além das variáveis psicológicas e bioquímicas. O aspecto socioeconômico também pode ser incluído como fundamental nesse momento, levando em consideração a rotina de trabalho e o orçamento familiar. Dessa forma, a família é posicionada como um sistema peculiar em que a gravidez é uma bagagem que pertence a todos. Além disso, não só a gravidez é tida como uma situação de mudança e readaptação, mas também o puerpério, que é um momento importante para o estabelecimento da relação materno-filial, da mudança corporal e de rotina. Quanto ao processo de parto, esse é visto como uma situação de passagem de um ponto a outro, cuja principal característica é a irreversibilidade, podendo gerar ansiedade e insegurança pelo fato de ele não poder ser controlado e/ou previsto (Maldonado, 2002).

Delfino, Patrício, Martins e Silvério (2004) destacam que as possibilidades de saúde integral na gestação consistem nos recursos individuais e coletivos que existem no contexto da gestante e do seu bebê, podendo estar relacionados ao atendimento das suas necessidades. Portanto, levando-se em consideração as transformações que atravessam o período gravídico-puerperal, as técnicas de avaliação e intervenção psicológica são instrumentos relevantes na promoção de saúde materno-infantil. Essas técnicas auxiliam na detecção precoce de situações comportamentais e/ou psicológicas e podem representar um grande diferencial com relação à

qualidade de vida dos sujeitos envolvidos. O processo de avaliação psicológica pode incluir diferentes procedimentos de medidas, identificar dimensões específicas do sujeito, do seu ambiente e da relação entre eles.

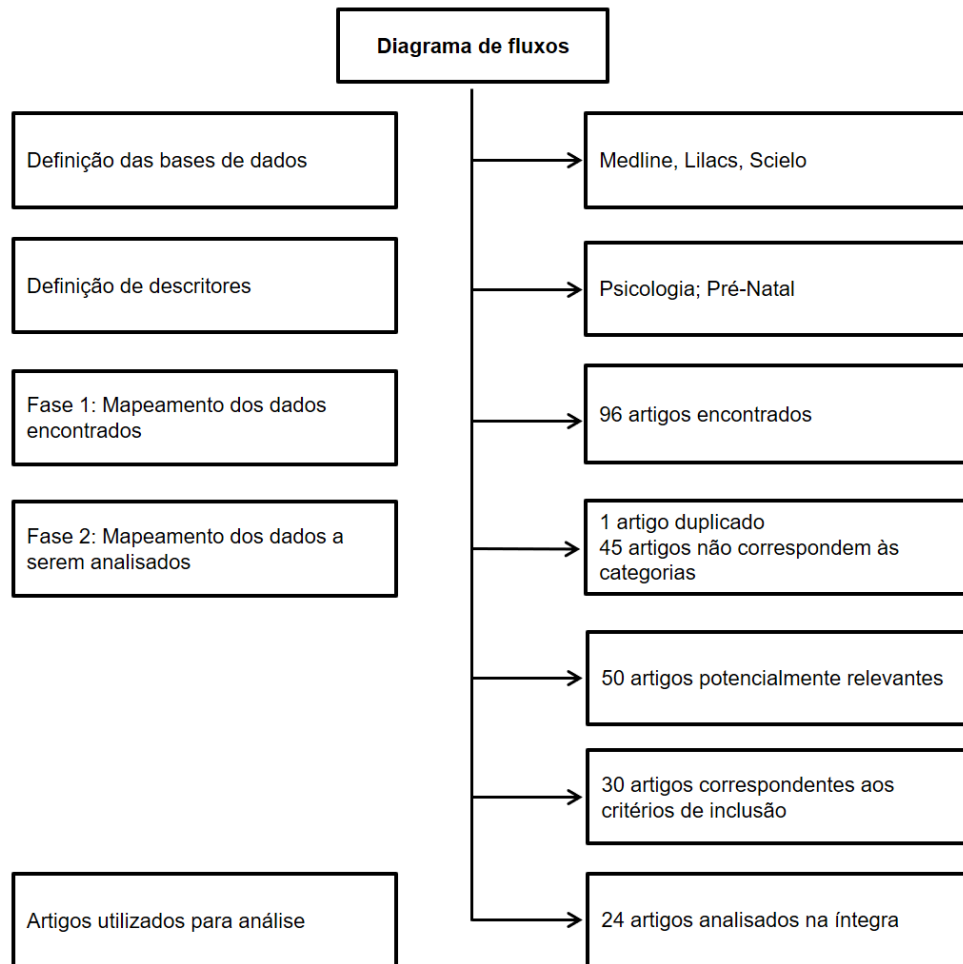
O pré-natal psicológico (PNP) é uma técnica de intervenção psicológica que se caracteriza por atendimentos em grupos a mulheres ou casais, permitindo-se compartilhar uma mesma situação, que é a gravidez — com as inquietações também comuns entre mulheres e casais, de forma a possibilitar a criação de um espaço mútuo. A composição do grupo e a frequência nas sessões variam de acordo com as características do contexto em que ele se realiza — instituição pública ou privada, consultório de psicologia ou de médicos (Bortoletti, Silva, & Tirado, 2007). Além desses aspectos preventivos, o grupo pode colaborar e desmistificar alguns temas importantes como cuidados com a amamentação, cuidados com o bebê, a maternidade idealizada, conforme Arrais (2005).

Na intenção de compreender esse cenário e, especialmente, perceber a forma como a literatura tem discutido o tema, foi desenvolvida, para esta pesquisa, uma revisão sistemática sobre os modelos de avaliação e intervenção psicológicas no mundo para, assim, perceber-se o quanto essa intervenção pré-natal e pós-parto tem sido trabalhada por psicólogos ou por terapias alternativas. Essa atividade foi realizada por Benincasa, Romagnolo, Alves e Baccelli (2017), em um capítulo do livro “Psicologia: novos olhares”, da Universidade de Taubaté. Para isso, verificamos as produções científicas que indicam como a Psicologia vem atuando durante o período gestacional e quais são os profissionais da saúde que estão envolvidos nessa prática. Para alcançar tais objetivos, realizou-se uma revisão sistemática na literatura científica mundial dos últimos dez anos acerca dos modelos de avaliação e intervenção de pré-natal psicológico.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2001), seguindo os princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS) e as recomendações da Organização Mundial de Saúde, pondera que a atenção pré-natal, puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais, atividades educativas e preventivas.

A revisão sistemática publicada por Benincasa et al. (2017) indica como a psicologia vem atuando durante o período gestacional e quais são os profissionais da saúde que estão envolvidos nessa prática. Os resultados serão mostrados a seguir:

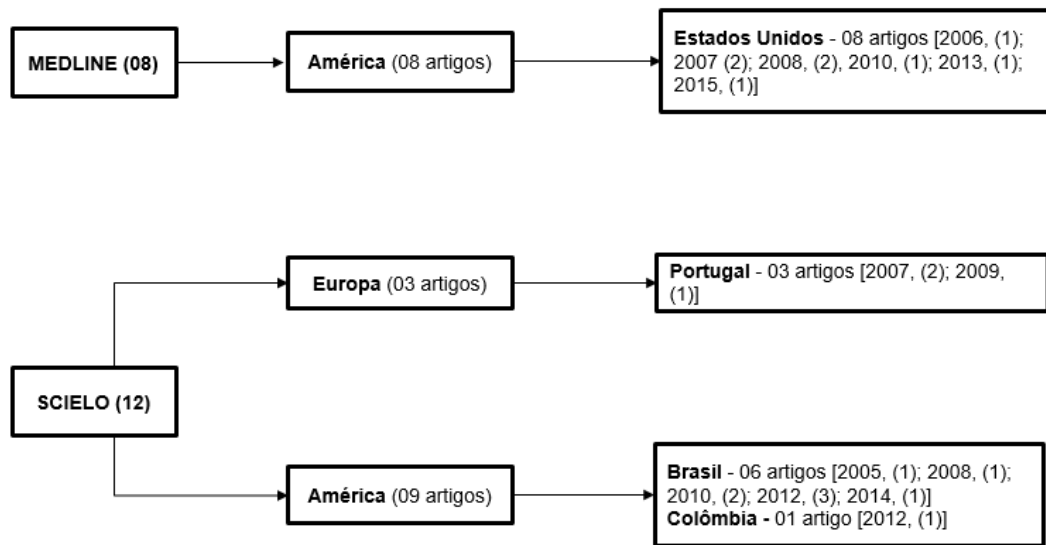
Figura 1 - Diagrama de fluxos



Fonte: Benincasa et al., 2017.

No terceiro momento, optou-se por analisar as categorias de Avaliação Psicológica e de Avaliação e Intervenção Psicológica, pois essas estavam mais diretamente relacionadas aos objetivos. Conforme a figura abaixo (Figura 2), é possível observar que, quanto à produção de artigos com os descritores estabelecidos, existem trabalhos sobre pré-natal psicológico nos dois continentes: América e Europa. Porém, verifica-se a predominância do continente americano, destacando-se o Brasil com seis estudos e os Estados Unidos com oito.

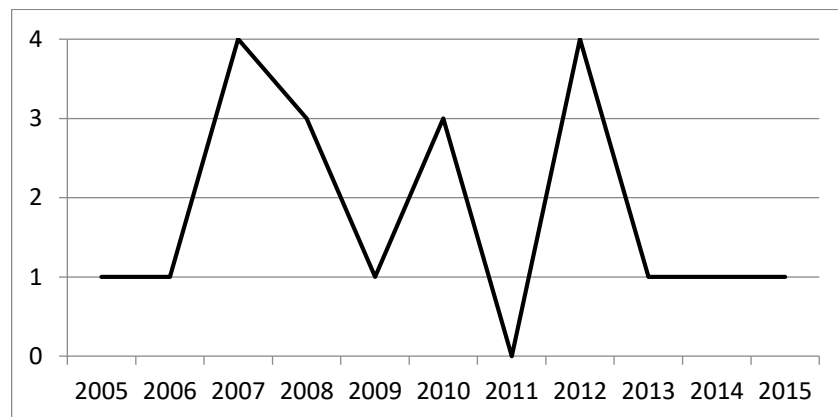
Figura 2 - Artigos de acordo com base de dados, continente e país.



Fonte: Benincasa et al., 2017.

Destaca-se o baixo nível de publicações correspondentes a todas as categorias definidas pelas autoras, considerando, conforme gráfico abaixo, que os maiores índices de produções ocorreram nos anos de 2007 e 2012, chegando a quatro produções no ano.

Gráfico 1 - Quantidade de publicações por ano



Fonte: Benincasa et al., 2017.

Após a seleção dos artigos para serem analisados na íntegra, foi efetuada a definição de acordo com as categorias estabelecidas *a priori*, conforme tabela a seguir.

Tabela 1 - Artigos definidos por categorias

CATEGORIA	BASE DE DADOS	NACIONALIDADE	PROFISSIONAL	ANO	QUANTIDADE
Avaliação e Intervenção Médica	Medline	EUA	Médico	2007	1
	<b>SUB TOTAL</b>				<b>1</b>
Avaliação Psicológica	Scielo	Brasil	Psicólogo	2005	1
	Scielo	Portugal	Psicólogo	2007	1
	Scielo	Portugal	Psicólogo e Obstetra	2007	1
	Medline	EUA	Psicólogo	2008	1
	Medline	EUA	Médico	2008	1
	Scielo	Portugal	Psicólogo	2009	1
	Medline	EUA	Historiadora	2010	1
	Scielo	Brasil	Psicólogo	2010	2
	Scielo	Brasil	Psicólogo	2012	2
	Scielo	Brasil	Psicólogo	2014	1
	Medline	EUA	Obstetras e Enfermeiras Obstétricas	2015	1
<b>SUB TOTAL</b>				<b>13</b>	
Avaliação e Intervenção Psicológica	Medline	EUA	Psiquiatra	2007	1
	Scielo	Brasil	Psicólogo	2012	1
	Medline	EUA	Obstetra, Ginecologista e Pediatra	2013	1
	<b>TOTAL</b>				<b>3</b>
Avaliação e Intervenção Sociodemográfica	Medline	EUA	Médico Epidemiológico	2006	1
	Scielo	Brasil	Psicólogo	2008	1
	Scielo	Colômbia	Psicólogo	2012	1
	<b>SUB TOTAL</b>				<b>3</b>
<b>TOTAL</b>				<b>20</b>	

Fonte: Próprio autor, 2018.

Evidencia-se que grande parte das publicações científicas pesquisada se refere à Avaliação Psicológica, com treze estudos, dos quais nove artigos são elaborados por psicólogos, publicados, em sua maioria, no Brasil. Já na categoria de Avaliação e Intervenção Psicológica, encontramos apenas três publicações feitas nos últimos dez anos, sendo que apenas uma foi elaborada por um psicólogo. Apesar do número maior de produções estar relacionado à avaliação psicológica, ressalta-se, a nível de prevenção, a importância do uso de modelos de intervenção psicológica no ciclo gravídico-puerperal.

### *2.1.1 Avaliação psicológica da gestante*

Dois estudos tiveram como objetivo avaliar o impacto da ultrassonografia obstétrica na relação e vínculo materno-infantil, porém os públicos e resultados foram diferentes. O estudo de Gomes e Piccinini (2005) destacou tanto as situações de normalidade quanto as de anormalidade fetal e obteve como resultado o fato de que não há consenso quanto ao impacto da US na relação materno-fetal, mas são unânimes em reconhecer o impacto emocional desse momento em situações de normalidade e, especialmente, nos casos de anormalidade fetal. Já o estudo de Samorinha, Figueiredo e Cruz (2009) avaliou o impacto da ecografia do 1º trimestre de gravidez na ansiedade e vinculação pré-natal. Os resultados revelaram que a vinculação pré-natal aumenta significativamente enquanto a sintomatologia ansiosa diminui após a realização do exame.

Das pesquisas encontradas, uma refere-se ao uso de álcool e drogas, e outra ao tratamento de HIV. No artigo de Minnes, Singer, Humphrey-Wall e Satayathum (2008), um dos objetivos era determinar se as mulheres que usavam cocaína e que não mantinham a guarda infantil relatariam mais sofrimento psicológico, maior índice de violência doméstica, habilidades de enfrentamento negativas, menor apoio social e mais trauma na infância do que as mulheres que usavam cocaína e mantinham a custódia de seu bebê. Como resultado, o grupo relata maior angústia psicológica, somatização, ansiedade, psicoticismo e hostilidade nas mulheres que não possuíam a guarda dos filhos.

A pesquisa de Faria et al. (2014), que tem como foco a adesão ao tratamento do HIV, teve como objetivo avaliar a adesão das gestantes portadoras da doença ao tratamento. Os resultados apontam que esse ainda é um desafio, mesmo quando há acesso e disponibilidade de tratamento. Além disso, ressaltam que o início precoce do pré-natal e fortalecimento da rede de apoio social são cruciais para a promoção da adesão em gestantes.

Seis artigos tratam de aspectos emocionais associados ao processo de gestar. Dentre eles, o de Hamilton e Lobel (2008) teve como objetivo determinar como as mulheres lidam com o estresse durante a gravidez e explorar a associação em lidar com as características maternas, percepções de estresse, disposição e apoio social. O resultado revelou que os preditores mais fortes foram otimismo, religiosidade e angústia específica da gestação. Piccinini, Carvalho, Ourique e Lopes (2012) objetivaram investigar as percepções e sentimentos de gestantes sobre a assistência pré-natal e se as demandas emocionais eram consideradas no atendimento. Nesse estudo, o resultado revelou a importância do pré-natal (especialmente da ultrassonografia) no vínculo mãe-bebê e na redução das preocupações sobre a saúde do bebê e a sua própria.

Destacou ainda a importância dos profissionais de saúde, familiares e amigos como fontes de apoio e informação.

Antunes e Patrocínio (2007) também apontam a importância dos profissionais de saúde. Os autores tiveram como objetivo, por meio de uma revisão bibliográfica, aprofundar a temática da malformação fetal, levando em conta as vivências psicológicas e emocionais do casal, no que diz respeito não só ao impacto de um diagnóstico desfavorável como também perante todo o processo adaptativo. Além disso, notaram que é necessário percorrer e desenvolver uma compreensão mais profunda sobre o papel dos profissionais da saúde nesse contexto. Como resultado, os autores afirmam que, cada vez mais, é possível detectar malformações in útero, proporcionando ao casal aceder a essas informações, sendo imprescindível o apoio de técnicos de saúde informados, especializados e preparados para lidar com essas situações.

Dos seis artigos que tratam dos aspectos emocionais, dois deles incluem a figura paterna. Figueiredo et al. (2010) tiveram como objetivo avaliar a ansiedade, a depressão e o relacionamento conjugal em mulheres e homens durante a gravidez. Os resultados mostram a importância de considerar, em programas de intervenção pré-natal, a ansiedade tanto quanto a depressão, e a mulher grávida tanto quanto o seu companheiro. Já o objetivo de Ferreira, Leal e Maroco (2010) foi verificar a existência da síndrome de Couvade e qual a relação com o envolvimento paterno. Os resultados apontam a confirmação da existência de sintomatologia de Couvade na amostra investigada e a não associação entre esses sintomas e o envolvimento paterno.

Por fim, dois trabalhos tiveram como objetivo a avaliação de instrumentos. Em um deles, Spyridou, Schauer e Ruf-Leuschner (2015) partiram da avaliação do KINDEX, um instrumento desenvolvido na Alemanha: uma ferramenta útil nas mãos de pessoal treinado (médico ou não) para identificar e encaminhar mulheres em risco psicossocial para os serviços de saúde mental e sociais adequados. Verificam-se correlações significativas entre os resultados obtidos por meio da avaliação usando KINDEX. No estudo de Gomez e Leal (2007), o objetivo foi investigar a adaptação das formas materna e paterna da Antenatal Emotional Attachment Scale (AEAS) para a população portuguesa e, no geral, pode-se concluir que as duas formas portuguesas da AEAS são medidas fidedignas e válidas para avaliar a vinculação pré-natal. Os resultados com a versão portuguesa, contudo, não apoiam o modelo multidimensional apresentado por Condon (1993) e sugerem que a vinculação pré-natal tal como medida pela AEAS é unidimensional.

### *2.1.2 Avaliação e intervenção psicológica*

Foram encontrados três estudos que destacam não só a avaliação psicológica, mas que também apresentam alguma forma de intervenção. Na pesquisa de Barbosa, Duarte e Santos (2012), foi elaborado um estudo de caso para analisar os aspectos psicológicos da gestação associados aos traços de personalidade típicos do paciente diabético, bem como fornecer uma visão acerca das possibilidades e das limitações vivenciadas na relação paciente-psicólogo dentro do contexto hospitalar.

O estudo de Krans, Davis e Schwarz (2013) propõe como objetivo determinar o impacto do aconselhamento pré-natal sobre fatores de risco psicossocial e sobre o comportamento materno. Como resultado, o estudo apresenta que as chances de receber aconselhamento pré-natal adequado foram maiores para os participantes que usam álcool e fumo.

Por fim, na pesquisa de Flynn, Walton, Chermack, Cunningham e Marcus (2007), o objetivo foi investigar o uso de bebidas alcoólicas entre os futuros pais durante a gestação e desenvolver e avaliar um método de diálogo sobre o álcool na perspectiva do ciclo de vida. Os resultados apontam que mais de 30% das mulheres relataram ter sofrido algum tipo de violência, problemas com uso de bebidas alcoólicas e risco de depressão.

A gravidez pode ser considerada como um momento particular e privilegiado de intervenção no que diz respeito à saúde mental da parturiente, tendo em vista que a mulher está inserida dentro de um regime estruturado em cuidados de saúde, visando o acompanhamento pré-natal com a equipe médica. Sendo assim, intervenções durante a gestação podem proporcionar a transmissão de informações de forma a proporcionar um espaço para verbalizar as ansiedades, angústias e expectativas sobre a gestação e o pós-parto. Vale ressaltar que a maioria dos quadros de depressão durante o ciclo gravídico-puerperal ocorrem no período do pós-parto e impactam tanto nos sistemas familiar e social que envolvem a mulher como também na sua relação com o bebê (Nascimento, 2003).

Guédény e Jeammet (2001) contam que, em tempos mais antigos, as mulheres mais velhas, dentre elas mães, avós, tias, vizinhas, eram as pessoas que tinham envolvimento e sabedoria inquestionáveis, vindas das próprias experiências pessoais e que eram repassadas entre as gerações. A rede familiar e cultural era responsável pela proteção e suporte durante a gestação e o pós-parto, período no qual a mulher recebia atenção, alimento e assistência nos cuidados com o bebê. A ausência de fatores de proteção materna, entre eles a falta do suporte familiar (companheiro e personagens femininas significativas) e a ausência de subsídio prático efetivo, é um aspecto importante na origem da depressão pós-parto.

Nos dias atuais, tendo em vista a facilidade ao acesso à informação, não cabe mais às gerações anteriores transmitir os conhecimentos adquiridos, sendo assim, os profissionais de saúde se tornam responsáveis em filtrar a qualidade das informações obtidas pelas gestantes. Dessa forma, é importante que os profissionais de saúde estejam conscientes de tais mudanças sociais e de seu impacto no ciclo perinatal; além do fato de que estejam preparados para fornecer as informações sobre prevenção e tratamento, tendo um papel de suporte principalmente aos pais isolados socialmente (Cox, 1995).

A intervenção psicológica no período gravídico-puerperal torna-se preventiva em vários aspectos: modificações da identidade da gestante; acompanhar a gestação do vínculo pais-bebê; trabalhar o desenvolvimento da confiança na própria percepção e na própria sensibilidade; ampliar recursos do casal como agente de prevenção com outras pessoas da família; e conscientização dos pais em relação ao atendimento que recebem e à reivindicação de suas necessidades (Maldonado, 1976). Assim, entende-se o modelo de prevenção, intitulado Pré-natal Psicológico, como ferramenta salutar no processo gestacional, parto e construção parental. Considera-se, ainda, que o pré-natal psicológico é um programa de baixo custo que pode ser desenvolvido nos setores público e privado. 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 desse trabalho (Arrais & Araújo, 2016).

É visto que à produção desse tema falta sistematização, porém o pré-natal psicológico é um campo aberto a ser explorado pelos profissionais que atuam na atenção básica de saúde.

### *2.1.3 Elementos de destaque*

Entende-se que o pré-natal psicológico é um novo conceito em atendimento voltado para a maior humanização do processo gestacional, do parto e da parentalidade. Assim, torna-se relevante que os psicólogos e demais profissionais que atuam na atenção básica à saúde ampliem suas ações, direcionando-as para os modelos de intervenção.

Observa-se, neste estudo, o predomínio de práticas voltadas para a avaliação psicológica. A avaliação tem a finalidade de indicar caminhos para o próprio indivíduo e para o seu contexto, garantindo, com isso, maior autonomia sobre sua vida, sobre sua saúde, sendo, também, um procedimento que o fortalece para tomar suas próprias decisões. Porém, no que concerne à Psicologia, ressalta-se a importância da avaliação, mas esta precisa subsidiar práticas

que possam vir a tornar estratégicas ferramentas que acrescentam com o modelo biomédico e alcancem perspectivas pautadas na promoção da saúde.

Verifica-se, portanto, que o pré-natal psicológico oferece ferramentas para que os profissionais que trabalham com gestação e primeira infância possam pensar em formas de intervenção precoce, visando prevenção de psicopatologias da infância.

### **3 OBJETIVO**

Avaliar um modelo de pesquisa-intervenção com Doula em gestantes no pré-natal e no pós-parto.

#### **3.1 Objetivos específicos**

- Realizar uma descrição sociodemográfica das participantes;
- Identificar se há prejuízos e benefícios no pós-parto;
- Comparar com mulheres em situação de pós-parto que não tiveram intervenção da Doula;
- Identificar e descrever o nível de depressão pós-parto;
- Identificar e descrever o nível de autoestima no pós-parto;

## 4 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva e qualitativa entre dois grupos. O primeiro é um grupo com intervenção da Doula, executada pela própria pesquisadora, com 5 gestantes voluntárias da atividade “Colinho de Mãe”; o segundo grupo sem intervenção da Doula com 5 gestantes, que é um recorte do Projeto de Pesquisa aprovado pela FAPESP, intitulado Cesárea Eletiva, Violência Obstétrica e Parto Humanizado: o legado destas intervenções para a vida emocional da mulher, coordenado pela Profa. Dra. Miria Benincasa e pelo Prof. Dr. Manuel Morgado Rezende, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, da Universidade Metodista de São Paulo (Benincasa, 2017).

### 4.1 Participantes

A amostra, por conveniência, foi composta de 10 mulheres: cinco com intervenção da Doula e cinco sem intervenção da Doula. As participantes sem intervenção eram primíparas. No grupo com intervenção, três estavam na segunda gestação e duas estavam na primeira. Os critérios para a participação na amostra foram: a) fazer parte da atividade “Colinho de Mãe”; b) estar, no máximo, no quarto mês de gestação. O critério de participação foi de acordo com a decisão voluntária de cada gestante.

Quadro 1 - Caracterização sociodemográfica das participantes com intervenção da Doula

	<b>Idade</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Cor</b>	<b>Idade escolar</b>	<b>Profissão</b>	<b>Renda</b>	<b>Filhos antes desta gestação</b>
1	17	Namora e mora separadamente	Parda	Médio Incompleto	Dona de casa	Nenhuma	Nenhum
2	23	Namora e mora separadamente	Negra	Médio Completo	Desempregada	Nenhuma	Nenhum
3	35	Casada (civil)	Branca	Médio Completo	Dona de casa	De 1 a 3 salários mínimos	Um
4	31	Casada (civil + igreja)	Branca	Médio Completo	Técnica em enfermagem	De 1 a 3 salários mínimos	Um
5	30	Solteira	Branca	Superior incompleto	Funcionária pública municipal	De 1 a 3 salários mínimos	Um

Fonte: Próprio autor, 2018.

Quadro 2 – Caracterização sociodemográfica das participantes sem intervenção da Doula

	<b>Idade</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Cor</b>	<b>Idade escolar</b>	<b>profissão</b>	<b>Renda</b>	<b>Filhos antes desta gestação</b>
1	29	Solteira	Branca	Superior completo	Jornalista	De 1 a 3 salários mínimos	Nenhum
2	23	Casada (civil)	Branca	Superior incompleto	Assistente administrativa	De 6 a 10 salários mínimos	Nenhum
3	22	Casada (mora junto)	Branca	Médio completo	Operadora de caixa	De 1 a 3 salários mínimos	Nenhum
4	42	Casada (civil)	Branca	Médio completo	Assistente de Dpto. Pessoal	De 1 a 3 salários mínimos	Nenhum
5	24	Casada (mora junto)	Branca	Pós-graduação	Pedagoga	De 1 a 3 salários mínimos	Nenhum

Fonte: Próprio autor, 2018.

## 4.2 Local

Os sete primeiros encontros com as gestantes que tiveram intervenção por Doula aconteceram na Casa do Pequeno. Foi escolhido um local com uma sala ampla, cadeiras confortáveis, iluminação adequada, ventilação, espaço para colchonetes, arejada, com vista para o jardim. O oitavo e último encontro aconteceu no jardim do Hotel Rainha do Brasil. O encontro de pós-parto aconteceu no Santuário Nacional, em Aparecida/SP.

## 4.3 Instrumentos

### 4.3.1 Pré-natal com Doula – técnica de intervenção grupal

Para Zimerman e Osório (1997), todo indivíduo é um grupo na medida em que, no seu mundo interno, há um grupo de personagens introjetados – como os pais, os irmãos, entre outros –, que convivem e interagem entre si. Esse fato indica que, se quisermos compreender o ser humano, devemos estudar sua vida em grupo.

É necessário reconhecer que, embora existam diversas orientações teóricas, é válido partir do princípio de que, basicamente, a essência dos fenômenos grupais, a interdependência entre seus membros, é a mesma em qualquer tipo de grupo e o que determina as diferenças entre os distintos grupos é o objetivo e os fins para os quais foram criados e compostos e a diversidade da cultura (Zimerman & Osório, 1997).

De acordo com Zimerman e Osório (1997), embora o grupo sofra influências externas, o locus do processo é endógeno, ou seja, o lugar do processo é determinado pela identidade do

grupo e suas possibilidades. Isso traz implicações para a coordenação do trabalho em grupo, tão peculiar à pesquisa-ação. Significa dizer que a mudança prevista na pesquisa-ação é uma intervenção nos processos internos e corresponde a uma modificação na estrutura do grupo.

#### *4.3.2 Questionário sociodemográfico*

Esse questionário é composto de 25 questões, sendo a maior parte objetiva. O instrumento foi aplicado pela própria pesquisadora para o presente estudo e nele constam questões sobre dados pessoais, financeiros, ocupacionais, questões relacionadas ao período gestacional, ao parto, ao pós-parto e à saúde do bebê.

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

Diversos países já validaram ou traduziram a Edinburgh Post-natal Depression Scale (EPDS), que foi desenvolvida na Grã-Bretanha. Trata-se de um instrumento autoadministrado, composto de 10 itens, os quais são pontuados de 0 a 3, de acordo com a presença e/ou intensidade do sintoma. Seus itens envolvem sintomas como: humor deprimido ou disfórico, perda do prazer, distúrbio do sono, diminuição do desempenho, ideias de morte e suicídio, e culpa. Esses são sintomas percentualmente frequentes em mulheres com depressão pós-parto no Brasil, estabelecidos por Santos, Martins e Pasquali (1999). A escala foi traduzida para o português do Brasil com supervisão da Oficina de Tradução da Universidade de Brasília. Três itens sofreram ajustes maiores. Dois deles para alcançar expressões idiomáticas curtas e adequadas (item 2, anedonia, e item 6, dificuldade de desempenho); e o item 10 (pensamentos de suicídio) para evitar rejeição do enunciado.

#### *4.3.4 Escala de Autoestima de Rosenberg*

Este instrumento foi desenvolvido por Rosenberg em 1979. É autoadministrado e composto por dez afirmações relacionadas a um conjunto de sentimentos ligados à autoestima e autoaceitação e propõe avaliar a autoestima global. A resposta de cada item é dada em uma escala tipo Likert de quatro pontos, composta por: concordo totalmente, concordo, discordo e discordo totalmente. No ano de 2000, essa escala foi traduzida por Hutz e os resultados iniciais já indicavam a unidimensionalidade. A versão utilizada neste estudo é a de Hutz e Zanon (2011), que tiveram como objetivo produzir normas de autoestima para crianças, adolescentes

e adultos e atualizar as propriedades psicométricas da Escala de Autoestima de Rosenberg. Os instrumentos aqui apresentados encontram-se no Anexo (pág 61 a 66).

#### **4.4 Procedimento de coletas de dados**

O planejamento para esta pesquisa começou no início de 2016, no primeiro semestre de aulas, um trabalho extenso que foi dividido em duas partes.

Primeiramente, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Metodista de São Paulo com o título da pesquisa: Pré-natal Psicológico, Pré-Natal Coletivo e Pré-Natal Integral: avaliação da eficácia destes serviços, sob o número do CAAE: 59814916.9.0000.5508 e o número do parecer: 1.776.015 consubstanciado em anexo (páginas 66 a 68). Depois da aprovação deste, foi elaborado um plano de intervenção.

Já qualificada como Doula Pós-parto a autora desta pesquisa, reuniu um grupo de gestantes das obras sociais do Santuário Nacional de Aparecida chamado “Colinho de Mãe”, um dos projetos sociais que acolhe gestantes em situação de vulnerabilidade social e carência financeira, residentes nos municípios de Aparecida (SP), Potim (SP) e Roseira (SP), uma instituição religiosa que faz parte do complexo da Fundação Nossa Senhora Aparecida, a qual abrangia a TV Aparecida, local de trabalho da pesquisadora.

Houve uma visita no encontro das gestantes do “Colinho de Mãe” para apresentar e fazer o convite às gestantes para participarem desta pesquisa.

Neste encontro, estavam reunidas 40 gestantes, para as quais foi explicado e justificado, com detalhes, todo o objetivo e execução do trabalho.

A princípio, dessas gestantes, 32 aceitaram participar, mas devido ao tempo de execução (8 semanas), horários, datas definidas, acessibilidade, apenas 5 gestantes puderam fazer parte do grupo de pesquisa.

Foi estipulado o dia, hora e local para iniciar as sessões. Dia 24 de março de 2016, às 9h30 da manhã, iniciou o primeiro encontro do grupo. A abordagem dos temas aconteceu nesta sequência: Vínculo mãe e bebê; Relação Conjugal; E eu?; Parto; Puerpério; Depressão pós-parto; Praticidades; e, por último, o Chá de Bênçãos.

Os oito encontros tiveram duração média de duas horas. As gestantes foram acomodadas nas cadeiras, em círculo, para melhor discutir o tema proposto do dia. No início dos encontros, as gestantes foram comunicadas, mais uma vez, sobre o projeto de pesquisa, o sigilo do conteúdo exposto, a preservação da identidade de cada uma e que o áudio do encontro seria gravado para um futuro estudo.

A sala dos encontros era um espaço com janelas grandes e com vista para um jardim. Em todos, eram colocadas músicas no volume baixo e, no fim de cada sessão, era feito um momento de relaxamento e meditação: sentadas em colchonetes, exercitavam uma respiração leve e tranquila, com os olhos fechados, e eram orientadas pela Doula pesquisadora a contemplar na imaginação, cenários da natureza.

Foi orientado para essa pesquisa a participação de uma psicóloga para acompanhar a Doula em todos os encontros. Ela não participou com nenhuma intervenção, a proposta era dar apoio e, após os encontros, comentar sobre as falas das gestantes com a Doula pesquisadora.

Também sob orientação, havia outra condição para a realização dessa intervenção: não falar sobre o Sagrado, o Divino. Não demonstrar nenhum comportamento religioso ou espiritualizado.

Eram registrados em um gravador todo movimento do grupo: as falas, os choros, as revelações, a exposição das intimidades, medos e anseios.

Após o sétimo encontro, foi organizado o Chá de Bênçãos. Um momento para celebrar a passagem da mulher para “mulher mãe”. Uma forma de sensibilizar as gestantes e seus acompanhantes para a chegada do bebê e fortalecer o vínculo dessa nova família. É um encontro com cuidados especiais dos parceiros ou familiares para com as gestantes. O roteiro desse Chá vai de acordo com a gestante, ela convida as pessoas que ela se sente bem e deseja que estejam ao lado dela. Pode ser feito para uma ou para um grupo de gestantes.

A segunda desta coleta aconteceu 1 ano depois, em 09 de maio de 2016, denominado encontro de Pós-parto. A conversa teve a duração de uma hora e meia e foram feitas as perguntas: como elas estavam?; como foi o pós-parto?; em quais aspectos a intervenção no grupo contribuiu ou não para o parto e pós-parto delas?; e o que elas achavam que poderia ser incluído nos futuros encontros para contribuir com outras mulheres.

Para finalizar a segunda parte do encontro de Pós-parto, foi realizado uma visita para cada mãe em sua residência para aplicar as Escalas de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), de Autoestima de Rosenberg e o questionário Sociodemográfico.

O recorte das gestantes da pesquisa da FAPESP que não tiveram intervenção por Doula também responderam, no pós-parto, às escalas de Depressão Pós-parto, de Autoestima e ao questionário Sociodemográfico.

#### **4.5 Procedimento de análise dos dados**

Na fase do pré-natal foram transcritos os áudios gravados dos sete encontros com intervenção da Doula, não foi gravado áudio do encontro do Chá de Bênçãos por sua dinâmica, mas foi descrito conforme aconteceu sua realização. Também, foi gravado e transcrito o áudio do encontro de pós-parto. Fragmentos das falas foram selecionados para o capítulo dos resultados, mantendo o sigilo da identidade das participantes. O critério utilizado para selecionar os fragmentos das falas foram os momentos em que elas detalhavam suas experiências de acordo com o tema proposto no dia.

Os dados das escalas aplicadas de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), de Autoestima de Rosenberg e do questionário Sociodemográfico, nos dois grupos, das mães que tiveram intervenção por Doula e das mães que não tiveram intervenção por Doula, foram transcritos e colocados em gráficos.

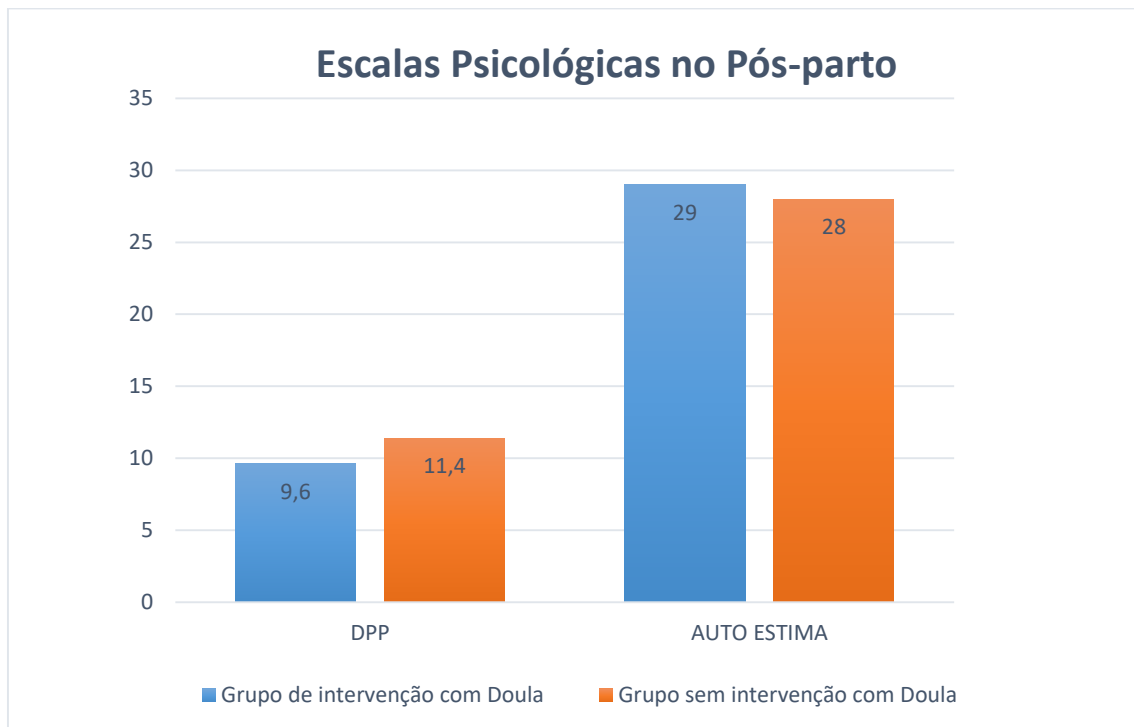
Do questionário Sociodemográfico foram destacados 3 dados para esta pesquisa: a idade, a renda e a quantidade de filhos. Essa proposta foi feita pela pesquisadora para discutir juntamente com os dados das escalas aplicadas.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A síntese dos dados referentes à depressão pós-parto e à autoestima do grupo que teve a intervenção do trabalho da Doula realizado durante o pré-natal e do grupo que não participou da intervenção da Doula está no Gráfico 2.

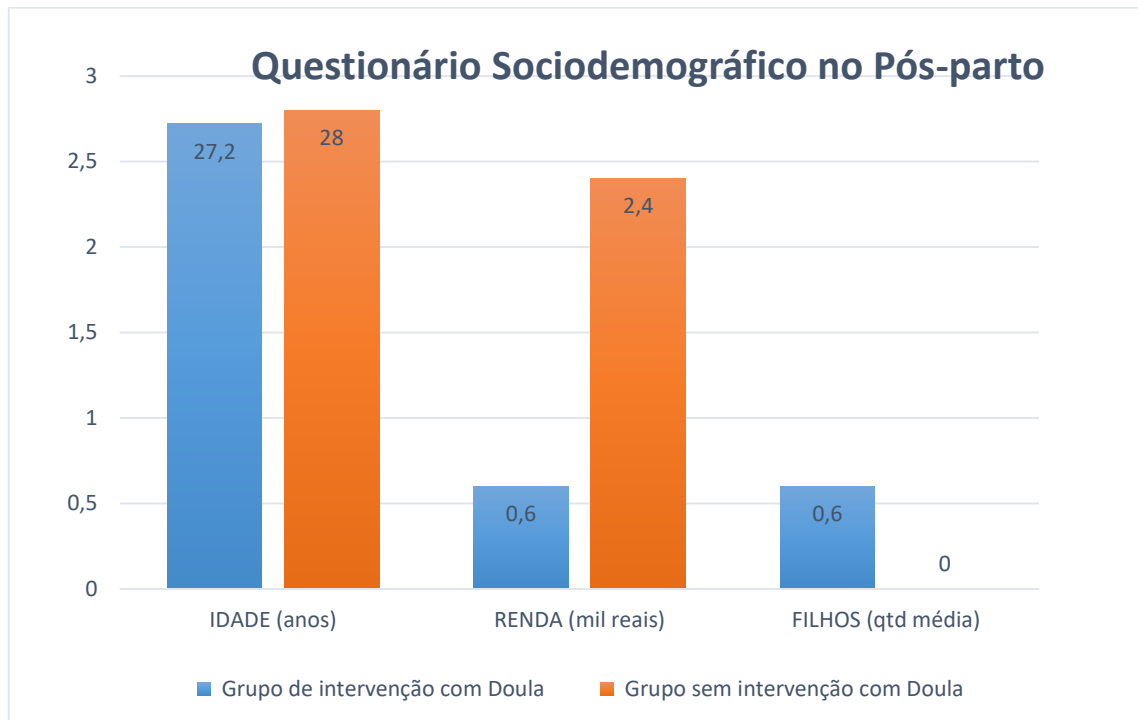
O grupo que participou e teve a intervenção da Doula durante o pré-natal apresentou o melhor índice na escala de depressão pós-parto, bem como nos resultados da escala de autoestima. As participantes sem intervenção apresentam dados de depressão pós-parto alto e de autoestima baixo.

Gráfico 2 - Escalas Psicológicas no Pós-parto



Fonte: Próprio autor, 2018.

Gráfico 3 - Questionário Sociodemográfico no Pós-parto



Fonte: Próprio autor, 2018.

Nesse sentido, os fatores de proteção da depressão pós-parto são medidas preventivas ou situações já estabelecidas que funcionam como proteção contra problemas emocionais no período da gravidez e do pós-parto (Golse, 2002), a saber: o apoio de outra mulher, suporte social (Frizzo & Piccinini, 2005), intervenção multidisciplinar logo que os sintomas sejam detectados (Schwengber & Piccinini, 2003) e um trabalho de prevenção, como o Pré-natal Psicológico (Bortoletti, 2007; Cabral, Martins, & Arrais, 2012). Também são considerados como fatores de proteção o otimismo, elevada autoestima, suporte social adequado, preparação física e psicológica para as mudanças advindas com a maternidade (Cantilino, Zambaldi, Sougey, & Rennó Jr, 2010), boa relação conjugal e suporte emocional do companheiro (Arrais, 2005; Frizzo & Piccinini, 2005). O estudo de Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005) também observou que, quanto maior o suporte social do marido, menor a prevalência de depressão pós-parto. Ou seja, a percepção da presença de suporte social, sobretudo do marido funciona como um protetor, o que justifica um dos temas abordados nos encontros com a intervenção da Doula.

As 5 gestantes do grupo com intervenção se dispuseram a participar do começo ao fim, dos oito encontros semanais, com ótima adesão. As sessões duravam cerca de duas horas e vários aspectos da construção da maternidade destas gestantes puderam ser conhecidos. Esses dados confrontam com a ideia, apontada por Arrais (2005) e Serrurier (1993), de que as

mulheres e a sociedade acreditam, ainda hoje, que a maternidade é instintiva, e isso implica um comportamento inerente, sabido e já conhecido de todas as mulheres, que não carece de preparação ou aprimoramento. Assim, a noção de instinto garante ao mesmo tempo o pressuposto de uma “natureza feminina” como “natureza materna” que seriam suficientes para dar conta de uma função social tão complexa como a maternidade. Mas não é o que apresenta na realidade atual, esses fatores foram discutidos nos encontros e descritos a seguir.

### 5.1 1º Encontro: Apresentação e vínculo mãe e bebê

No primeiro encontro, depois da apresentação da Doula e das participantes, mais uma vez foi falado o propósito daquele encontro, a importância dele para a pesquisa, o valor da participação e o quanto era importante a presença delas em todos os encontros. Foi explicado a elas a função da Doula, que segundo a OMS (1996) é uma prestadora de serviços que recebe treinamento básico sobre parto e que está familiarizada com uma ampla variedade de procedimentos de assistência, além de fornecer apoio emocional, medidas para proporcionar o conforto materno, contato físico, esclarecimentos sobre o que está acontecendo durante o processo de parto e nascimento, ou seja, uma presença amiga constante.

Esse tema questiona como está a relação dessa mulher com o bebê na barriga. Ela fala com ele, ela sente o bebê, pensa, sonha, se preocupa com sua vida pois já tem um filho? A maioria das participantes apresenta indiferença com o assunto, diz não ter nenhum tipo de relação, que, por enquanto, a preocupação é financeira e de como será sua vida com um filho – referindo-se a questões profissionais e sociais.

*“Com quem que eu vou deixar quando vai nascer? Também penso na minha mãe, ela trabalha e ela diz: mas se eu ficar também com a criança como que eu vou sustentar a casa? Muita coisa passa na minha cabeça até o crescimento dele, me confunde bastante, muito complicado, não sei, sei lá, é assim.”*

Mas elas foram mais uma vez questionadas com a mesma pergunta, “como está a relação delas com o bebê”. Para facilitar o caminho para a resposta elas foram convidadas a escrever uma carta para o futuro filho. Depois desse momento as falas começaram a ter outra perspectiva, assim destaca uma participante que está na segunda gestação:

*“A gente se volta primeiro para o mundo material inicialmente, eu quero comprar isso, aquilo, aquela bolsa linda, qual eu vou sair da maternidade. Ai você pensa, mas na minha casa nem tem quarto para meu filho, aí a gente começa a se culpar. ”*

(...)

*“As pessoas cobram, tiram da mãe que não tem condições financeiras a vontade de ser mãe. Se eu não posso seguir o padrão, então eu não posso ser mãe.”*

(...)

*“No segundo filho tudo isso muda, já não é a melhor chupeta, a bolsa mais linda, mas o principal é a gente, o nosso comprometimento, nosso colo, porque o bebê não entende o material. Não é o que a gente consome, mas é o que a gente dá para a criança.”*

Dando sequência para a conversa elas responderam “como foi a descoberta da gravidez”: para umas, surpresa, e para outras algo já esperado, mas, mesmo assim, se sentiram surpresas. A discussão foi tomando corpo e dinamismo devido a essa observação: “mesmo desejando por que me surpreendo?”.

*“Eu queria ter um filho, eu e o meu namorado, a gente é novo mas a gente queria ser pai e mãe, até minha mãe sabia, mas quando eu vi que deu positivo eu fiquei com muito medo, sei lá...”*

Isso é justificado, conforme Maldonado et al. (1981) explicam, devido à mescla de sentimentos. A confirmação da gravidez aparece como um momento de ambivalência, e partindo do pressuposto de que gestar um filho é algo sério, que demanda responsabilidade e outra série de questões, os sentimentos, ao se descobrir que se está esperando um bebê, as mulheres podem variar de intensidade: ora aceitação, ora não aceitação, ora alegria, ora medo.

*“Nossa eu tô grávida?! (risos) Porque fiquei pensando um monte de coisa, demorou pra cair a ficha que eu estou grávida, porque eu saía bastante gostava de sair mas depois eu fui ficando sossegada e gostei. Não me arrependo não, eu gosto, minha mãe também me apóia, os avós por parte do pai estão apoiando é isso.”*

Outra participante grávida do segundo filho relata:

*“Fiquei muito feliz, mas na hora que você descobre, nossa... e você já tem um filho e começa a lembrar de tudo que já passou na hora. Você diz não quero ficar grávida porque você já tenho um filho e você começa a lembrar de tudo no contexto: nossa aquela vez que eu fiquei sem dormir, aqueles dias que eu passei mal e quando eu voltar a trabalhar? Aí vem todas as preocupações, você começa a pensar mais em você, um bebê é uma vida nova, como vai ser a reação da criança, acho que a primeira vez que você pensa o que vai ser quando ele vai chegar um dia esquece essas coisas mas depois dá uma benção, mas é bom celebrar a vida.”*

Realizamos uma experiência de relaxamento, um exercício de respiração, na qual elas “viajaram até o útero e encontraram com esse bebê”, conforme sugestão da coordenadora do grupo. A realização desta técnica se propunha ao fechamento da atividade grupal proposta, como indica Alves e Seminotti (2006), ou seja, promover a reflexão e o vínculo com o bebê.

Todas as atividades grupais que serão apresentadas seguiram o mesmo caminho técnico: aquecimento, discussão e fechamento.

## 5.2 2º Encontro: Relação conjugal

Uma boa relação conjugal favorece o compartilhamento de tarefas domésticas e práticas de educação entre maridos e esposas e promove o desenvolvimento de sentimentos de segurança nos filhos (Braz, Dessen, & Silva, 2005). Além disso, configurada que a situação conjugal de uma gestante muitas vezes interfere no desenvolvimento da gravidez tanto pelo apoio emocional como pelo apoio econômico, a ausência do parceiro é um fator de risco para a gestante (Ferreira et al., 2014). Sendo assim, iniciamos o encontro com a pergunta: “Como é a relação delas com o parceiro?”.

*“Hoje ele entende o que é ser pai, o que é ser marido tem todas as responsabilidades em cima dele até ficou com muito medo quando contei do positivo, não demonstra muito sentimento, quando eu falei que estava grávida ele sentiu muito medo do que poderia acontecer de como a gente vai cuidar de novo de outro filho hoje.”*

Outra participante relato sobre a participação do seu esposo:

*“Eu espero que continue ser o pai que sempre foi, acolheu bem a partir do momento que ele soube que eu estava grávida, mais apoio, cuidado, meu filho tem 4 anos ele ajuda bastante em casa adora cozinhar me surpreendeu nos três meses ele ia fazer as coisas espero que ele seja um pai presente prestativo.”*

Outra participante partilha diferente:

*“Meu marido já é o contrário do dela, ele é muito nervoso estressado. Às vezes o meu filho fala: nossa pai você tá estressado. Acho que com o tempo se eu me estresso mais e se mexer nessa hora que a gente tá grávida, a gente fica meio nervo à flor da pele aí quando ele ver quando eu estou estressada aí ele fica tranquilo vai andar vai pra casa da mãe dele mas daqui a pouco ele volta mais tranquilo. Agora eu acho, caso não der certo, eu tenho minha família mas eu acho que ele não vai deixar de ser um pai, a gente tá 12 anos juntos a gente conhece um pouco a pessoa, o que me incomoda ele se é muito estressado e nervoso e fala, mas ele tem um bom coração.”*

Nesse encontro, foi falado sobre a sexualidade, a convivência conjugal, como foi o comportamento deles em relação à descoberta do positivo. De início, elas apresentam um homem bom e prestativo, mas aos poucos vão se colocando de forma mais agressiva, explicitando a maneira como eles lidam com elas e elas com eles. Relatam como estão se

sentindo fisicamente com a gravidez, o que elas esperam de seus companheiros e o que, realmente, eles podem dar.

Relatam muito sobre o corpo físico, os peitos grandes e inchados pela gravidez, a barriga que não precisa mais “ser chapada”, estar “em forma”, condição positiva que as deixa mais relaxadas para a relação sexual, se sentem um mulherão. O fato de falar, receber informações e refletir sobre elas, favorece a redução dos medos e da ansiedade relativos a esse período, tornando possível a percepção de suas modificações, facilitando o processo de adaptação (Nascimento, 2003; Zimmerman & Osório, 1997).

Assim destaco algumas partes dos relatos das participantes:

*“Eu me sinto feia gorda velha chata pavo mais curto mas o comportamento dele continua o mesmo até me estressa porque ele querer demais (transar) (risos) não quero sumir daqui.”*

*“Dele eu não tenho muito o que falar não eu sou meio curta e grossa mas no começo é que eu achei que eu tava mais inchada cabelo não tava muito legal agora eu tô mais tranquila quanto a ele também não mudou nada não pelo contrário ele me falou que eu tô mais bonita , peitão, quadrilzão... ele ficar com mais tesão.”*

*“Meu marido já ama transar eu tenho até medo (risos) e eu me sinto massa eu me sinto nas alturas porque eu já tinha uma “banha” (gordura) normal agora eu fico bem relaxada (risos) é a minha barriga de grávida de 2-3 meses já estava considerando 5 qualquer lugar que eu vou e 5 meses pra cada um porque no primeiro eu me sentia muito mal engordei 33 quilos.”*

Uma participante fala sobre a falta do desejo por sexo e pergunta as outras sobre o desejo delas:

*“Todas as mulheres que não sentem vontade o só algumas só? É mais uma necessidade pro homem né, mas eu não sinto vontade, eu não tenho vontade, quando eu tinha 2 meses eu sentia muita vontade mas eu não tenho mais vontade não parece que umas grávidas têm mais vontade e outras não.”*

O momento fica muito tenso quando chega essa mesma participante, ainda jovem, com 22 anos, falar sobre seu parceiro que está preso. Ela justifica sua prisão, o defende, demonstra incerteza para um futuro próximo. Todas ficam em silêncio profundo para, muito atentamente, escutá-la:

*“Então... eu estou grávida de 3 meses. Vou falar dele, né? [risos] Ele é meio mulecão. Assim, bobão, sabe? Mas quando ele descobriu que eu estava grávida, aí ele ficou mais responsável: procurou um serviço pra me ajudar. Mas depois foi preso... agora você imagina.”*

Pergunto: como foi para você saber disso e pensar nele?

*“Ah... tipo assim. Foi difícil porque, nossa... meu filho vai ficar sem pai! Todo mundo falando um monte de coisa. Mas aí eu falo com ele por carta, ele manda carta... No começo eu não queria saber não, mas agora eu não sei. Eu só falo com ele quando ele manda carta. Ele manda pela mãe dele. Não vou ver ele eu não sei...”*

Pergunto: você foi visitar ele?

*“Não, faz um mês que ele tá preso. Eu tenho vontade porque eu gosto dele. Aí eu fico pensando que não por causa das coisas, se vale a pena, eu tô grávida... se vale a pena eu entrar [...] fila fica pelada, passar humilhação por ele.”*

Ela mesma questiona: “vocês sentem vontade de transar? Porque eu não sinto”.

É aí, nesse momento, que as outras participantes se colocam na conversa com mais veracidade, umas dizem que têm relação sexual “por obrigação”, “tá, tenho que fazer”, “aproveito que ele não me procura”, “estou cansada, é muita coisa para mim”.

Outra fala:

*“Eu me sinto feia, gorda, velha, chata, pavio mais curto, mas o comportamento dele continua o mesmo. Até me estressa, porque ele quer demais [transar] [risos], não quero, some daqui. Eu não quero e falo pra ele sair e ele sai xingando”.*

Uma outra participante encontra vantagens:

*“Pra ele eu não tenho muito o que falar não. Eu sou meio curta e grossa. Mas no começo é que eu achei que eu tava mais inchada, cabelo não tava muito legal. Agora eu tô mais tranqüila. Quanto a ele também não mudou nada não, pelo contrário, ele me falou que eu tô mais bonita, peitão, quadrilzão... ele fica com mais tesão.”*

Uma outra participante relata:

*“Meu marido já ama transar, eu tenho até medo! [risos] E eu me sinto massa, eu me sinto nas alturas, porque eu já tinha uma “banha” [gordura] normal, agora eu fico bem relaxada. [risos] É a minha barriga de grávida de 4 meses. Já estava considerando 5. Qualquer lugar que eu vou é 5 meses. Pra cada um... porque no primeiro eu me sentia muito mal. Engordei 33 quilos. Eu bebia e fumava muito e quando deu positivo eu fumei o último cigarro. E disso eu parei, só que eu abandonei o vício por outro, porque aí eu comecei a devorar o doce [risos]. E muito mesmo! E nessa gravidez eu decidi emagrecer e tirar todo excesso. Eu já tô perdendo peso, então eu já me sinto mais ainda. Só que antes eu não tinha força de vontade, agora eu tenho a força maior, pelo bebê.”*

Nesse encontro, senti uma força incrível do grupo, “uma andorinha só não faz verão”, realmente não. A força que um grupo tem, além de ser comprovada, tem sua riqueza própria e eficácia entre os participantes.

Muito do que estava guardado dentro delas foi se revelando, a fala da participante com o namorado preso, o pedido excessivo de sexo pelo marido, o uso de drogas ilícitas durante a gestação, segredos revelados. A liberdade de expressão era clara, elas não seriam julgadas e nem criticadas, o alívio de não serem as únicas com problemas.

### 5.3 3º Encontro: E eu?

As novas configurações familiares vêm mostrando, de acordo com Wagner (2002), a desintegração da família tradicional e a reorganização dos papéis sociais, por parte tanto do homem quanto da mulher. Isso vem atingindo, diretamente, os papéis de mãe e de pai dentro do contexto familiar e, conseqüentemente, provocando modificações nas concepções de maternidade entendidas até então (Scavone, 2001).

*“A gente precisa de certos momentos, não é porque eu tenho uma criança que o marido não possa ficar, a sogra não possa ficar, espera aí! A criança vai viver num casulo? Ele é meu, ele é meu, ele é meu. Briguei muito com a minha sogra, porque ela me dizia que tinha três filhos e sabia de tudo. Ela é meu auxílio, quem dita as regras sou eu. E outra, se eu tiver que tomar um banho de 10 minutos eu tomo, se tiver que sair para comer uma pizza com as amigas eu vou.”*

Já uma outra participante mostra uma outra atuação na maternidade, inverso ao relato anterior:

*“Eu sou o tipo daquela que pára de trabalhar, meu primeiro menino eu parei de trabalhar e cuidei dele até 2 anos e meio. Eu abri mão disso porque acho melhor para a criança. Você não vai deixar a criança jogada, por mais que seja parente, não é a mãe.”*

A maternidade atual traz para as mulheres tentativas, implicações e conflitos distintos (Martinez & Barbieri, 2011). Como ficam as angústias, os medos, os sofrimentos, as inquietudes sobre a vida em relação à atitude de engravidar. “Vou deixar de ser mulher? O quanto vou me privar? Quanto vale essa renúncia? Vou continuar a trabalhar? Sair, viajar?!”

Para uma participante não há nada mais importante do que o filho, seus objetivos podem ser adiados. Aliás, para ela seu objetivo é ser mãe, então não há nível de importância para coisas dedicadas exclusivamente a ela.

*“A idade da criança eu vou perder e não volta mais. Voltar a trabalhar eu posso a qualquer momento. Se é certo ou errado eu não sei, mas eu quis abrir mão disso”*

Outra participante que está na segunda gestação também fala da sua intenção de dedicação total ao filho:

*“Larguei minha vida para cuidar da criança, eu estava no 3º ano da faculdade, morava em outra cidade. Abandonei tudo, mas gostei. Quando ele tinha 7 meses eu já voltei a trabalhar. Consegui um emprego de 6 horas por dia, então eu consigo ficar bem com ele.”*

Essa discussão foi tomando peso pelas duas opiniões extremas: mais o filho ou mais a própria vida. É perceptível que as mulheres não falam muito disso. Normalmente, você encontra uma amiga grávida ou que está planejando e apenas um sorriso no rosto e tudo vai dar certo. Mas para onde vão todos os questionamentos, medos, insegurança sobre a vida após o bebê nascer?

É uma bagagem muito grande e pesada para ser levada com o peso físico da gestação. É uma cobrança da sociedade e da própria mulher a de ser feliz, ter uma gestação saudável, trabalhar fora, cuidar da casa, estar linda e ainda fazer um belo enxoval.

Desde antes da década de 50 até a década de 60, a gravidez acontecia de forma natural, tanto que as mulheres tinham muitos filhos. De lá para cá, os questionamentos aumentaram e a situação das mulheres em relação à profissão mudou muito.

Todo o pacote de dúvidas é mascarado, guardado e transportado para o parto, pós-parto, tendo prejuízos com grande efeito.

No espaço criado para as gestantes falarem, foi perceptível ver em suas expressões o relaxamento em tratar de questões que para elas eram grandes “bombas” e, na verdade, eram comuns para todas. Para as que já estavam na segunda gestação, suas falas foram importantes para aquelas de primeira gestação. Uma discussão saudável para entender que a vida não pára e a natureza humana continua no seu percurso. Como afirma Gruber et al. (2013), que a comunicação e incentivo de uma Doula durante a gravidez podem aumentar a autoeficácia da mãe em relação à sua capacidade, ao ponto de impactar seus próprios resultados de gravidez.

Nesse encontro, é possível notar que a dedicação máxima de uma participante para a maternidade e sua família se confronta com a dedicação diferente de outra participante, sob os cuidados de mães, babás, escolas.

É satisfatória a conclusão desse encontro quando as gestantes percebem que nenhuma postura radical pode ser saudável, nem tanto delas próprias e nem tanto dos filhos, que cada pessoa tem seu esquema de vida e que, independente da escolha, a mulher não pode se esquecer de si; sim, elas poderão continuar a trabalhar, fazer seus passeios e que tudo bem se sentir feia. O problema que parecia um “monstro” era tão comum que elas se tornaram as mulheres-

monstro para os problemas pequenos. Acontecia aqui uma boa fase para o crescimento do empoderamento<sup>6</sup> para a maternidade.

Desse modo, as redes de apoio são uma das possíveis maneiras de conciliar a vida familiar com a vida profissional da mulher atual (Almeida, 2007; Souza, Teixeira, Loreto, & Bartolomeu, 2011). Entre as diferentes formas de cuidados dados às crianças e que podem ser acessadas pelas mães estão as escolas, creches, babás, vizinhas, avós, crianças cuidando de crianças (Almeida, 2007; Scavone, 2002). A opção por cada forma de cuidados dependerá do contexto e das crenças que cada família compartilha.

#### **5.4 4º Encontro: Parto**

Relatos de parto são fundamentais para esclarecer dúvidas, no entanto, por mais que se prepare para um parto, ele tem seu próprio caminho. Os acontecimentos que envolvem o processo de parto e nascimento no contexto hospitalar marcam uma atmosfera de risco, sofrimento, insatisfação, frustração e violência, dificultando à mulher e sua família transformar essa experiência em algo positivo, gratificante e saudável (Souza & Dias, 2010). O melhor a se fazer é conhecer todos os tipos, escolher e se preparar para ele, saber onde fazê-lo e se é possível. Mas, acima de toda técnica, a intenção é propor a essas mulheres um ato de natureza humana mais profundo, mais físico e emocional.

Quando no grupo se fala em ser protagonista do seu parto, não é para aliviar essas mulheres das dores, dos percalços e da ansiedade de um parto, mas sim para prepará-las para saberem lidar melhor com todo esse cenário. Como mostram Devereaux e Sullivan (2013), ter o suporte e intervenção fornecidos por uma Doula diminui o uso de analgésicos durante o trabalho de parto e reduz a probabilidade de se ter um nascimento por cesariana.

Para as gestantes que já tinham um filho, foi perguntado ao grupo como foram os seus partos, o que elas sentiram e o que pretendem para o próximo.

Elas relataram seus partos, todos cesáreas.

*“Eu não lembro muito, minha bolsa estourou na rua, fui para o hospital, minha pressão subiu e complicou um monte de coisa, não podia ser parto normal, não tinha roupa para o centro cirúrgico, tive que esperar. Eu não lembro se me deram alguma coisa, porque eu sentia muito sono. Eu sentia muito frio, não sei se é por causa do ar condicionado. A anestesia eu não*

---

<sup>6</sup> Empoderar é um verbo que se refere ao ato de dar ou conceder poder para si próprio ou para outrem.

*lembro, eu lembro de um flash mexendo na minha barriga e depois a enfermeira mostrando meu bebê.”*

O relato de parto de uma mulher transforma e vai criando em outra gestante, enquanto escuta, seu próprio parto. Assim, elas vão revelando, após ouvir: “assim eu quero”, “isso eu não quero”, “aquilo eu tenho medo”, “morro de medo disso, daquilo”.

*“Parto normal só depende da gente, a gente vê muita gente desinformada. Na dor você vê muita gestante implorando anestesia. Cesárea é como pedir para alguém casar para você. É não sentir nada. O parto normal você se recupera logo, já vê o bebê, levanta e sai!”*

Elas falam do parto ideal, como sonham que seja esse dia, mas será que é realmente possível acontecer?

Conversamos sobre as cidades em que estamos, a estrutura que os hospitais oferecem, a fama dos médicos, o tratamento das enfermeiras e da recepção da equipe médica.

Elas demonstram conhecimento sobre a realidade dos tipos de parto:

*“Eu acho que foge da nossa realidade algumas coisas porque a gente vê tudo muito bonito e desenhado, igual amamentar, tem médico que mal mostra o bebê para a mãe, ele vem mostra cinco minutinhos do seu bebê e vai para o berçário e com o outro (parto normal) ele deixa o bebê n colo, deixa a mãe pegar, deixa mãe tocar, então eu acho assim algumas coisas como eu trabalhei aqui na Santa Casa, algumas coisas fogem muito da nossa realidade é como você falou respeitando cada um por isso que a gente tem que ter informação.”*

Outra participante também relata frustrações em relação a escolha do tipo de parto:

*“Você tem que optar em ter mais conhecimento e também seguir o médico não só da sua cabeça porque minha mãe teve 13, 14 filhos em casa de 2 ou 3 na Santa Casa tudo com Parteira em casa. A minha irmã ficou grávida e ficou com isso: eu quero ter normal, normal, normal, o médico falou você não vai conseguir. Não, o bebê não está encaixado, você não vai ter normal, ela sofreu horror quando chegou na última hora, porque ela não assinou a cesária, o médico falou: você não assinou a cesárea. Fez ela esperar e fez a cesárea, eu acho que tem que ter bom senso e informação.”*

Uma das participantes, que é técnica em enfermagem, nos contou como foi auxiliar uma gestante que ela atendeu:

*“Na hora de fazer força eu estava com a mão na barriga dela, ela fincou a unha em mim e ficou a marca e do jeito que ela soltou ela começou a me bater, mas ai me deu uns 5 minutos, porque eu também sou ser humano Ela gritava muito, esperneava. Eu disse a ela que parasse de gritar e segurei o braço dela, ela me arranhou e eu gritei com ela: não faça isso comigo, você está louca?!”*

Ela, enquanto profissional, relatou esse caso durante seu trabalho e disse que as gestantes chegam e faltam com muito respeito com a equipe médica no dia do parto e que tudo aquilo não é necessário.

O relato de uma participante registra a negação dos direitos, como a do acompanhante, e o atendimento da equipe médica:

*“Eu tenho muito medo de investigar, de perguntar, porque as pessoas acham que você tá querendo entrar no serviço dela e não é isso. Você quer saber por segurança, só que a pessoa acha que eu só quero saber. No meu parto eu tive acompanhante comigo mas a gente não pode não ter nenhum acompanhante, vou tomar um soro para esperar ele não deixou, quando você sobe para falar com ginecologista já não pode subir mais ninguém é tudo sozinha naquele corredor.”*

Foi um momento ideal para falar sobre respeito entre gestante e equipe médica, que está ali para auxiliar no parto. Quem dá à luz é a gestante e, com conhecimento, ela escolhe como será o seu parto, mesmo sua escolha sendo uma cesárea ou um parto normal.

Foram apresentados a elas dois tipos de parto, o natural e a cesárea. Como funciona, para quê a cirurgia da cesárea serve, sua recuperação e que, dentro dessa decisão, elas podem escolher a que seja menos prejudicial a elas e ao bebê.

Sobre o parto natural, como funciona, seu tempo, os benefícios durante e pós-parto para cada uma e seu bebê.

Serem esclarecidas sobre esses dois tipos de parto é um processo fundamental para a elaboração do Plano de Parto – recomendado pela OMS desde 1986 (Ministério da Saúde, 2014) –, que é uma carta de intenções, na qual a gestante declara qual é o atendimento que espera para si e para o seu bebê durante o processo de nascimento. Ela esclarece quais são os procedimentos médicos e intervenções aos quais ela aceita submeter-se, quais são suas expectativas, como quer ser tratada, por isso a importância de aprender sobre o assunto.

Elas desconheciam esse procedimento, ficando, portanto, como lição de casa a preparação desse plano.

Esse conhecimento colabora bastante com o trabalho da equipe médica, da gestante e de toda equipe, oferecendo um relacionamento harmonioso para o bem-estar de todos.

Além de esclarecedor, esse debate fortaleceu o vínculo do grupo e empoderou cada uma em relação à escolha de seu parto dentro das condições possíveis.

Gratificante perceber, em cada uma, o ânimo para decidir como seu bebê nasceria e que, naquele dia, também nasceria uma nova mãe a partir de uma nova mulher.

Depois de assuntos um pouco técnicos, relatos de parto, novos conhecimentos, foi proporcionado a elas um momento relaxante para fechar aquele encontro no qual era possível ver o nascimento de um grupo cada vez mais fortalecido pelo conhecimento e pelo amor.

Esse encontro com o caráter de oferece apoio emocional, discute soluções para demandas que podem surgir no período gravídico-puerperal, como aquelas relacionadas aos mitos da maternidade, à sua idealização, à possibilidade da perda do feto ou bebê, à gestação de risco, à malformação fetal, ao medo do parto e da dor, aos transtornos psicossomáticos, aos transtornos depressivos e de ansiedade, às mudanças de papéis familiares e sociais, às alterações na libido, ao conflito conjugal, ao ciúme dos outros filhos, ao planejamento familiar, além de sensibilizar a gestante quanto à importância do plano de parto e do acompanhante durante o trabalho de parto e parto (Cabral et al., 2012).

### **5.5 5º Encontro: Puerpério**

Neste quinto encontro, era perceptível a força da relação do grupo. Elas não faltavam, uma ou outra chegava atrasada pelas condições do cotidiano, mas chegavam ofegantes, ansiosas e dispostas a falar. Elas queriam falar. Elas não tinham o discurso de querer passar logo aquela gravidez, mas sim queriam ter uma boa gestação, passar pelo parto e pós-parto no tempo; havia, sim, a ansiedade, mas era aquela que se administra bem. Elas estavam sentindo prazer em viver aquela fase, até almejavam, sim, um futuro próximo para exercer aquilo que elas mesmas estavam elaborando ali no grupo, pois era algo novo. Era como se estivéssemos desenhando um projeto de uma “bicicleta”: sua formação, seu nome, sua cor, determinava-se quem iria usar, quem não iria, como o uso iria determinar seu estado de conservação. Assim estava sendo a gestação de cada uma, cada uma com seu jeito, o jeito livre de ser.

Era espantoso como o grupo funcionava, como ele causava nelas um poder e revelava suas “armas” e, mesmo sendo dóceis, eram “armas” que elas mesmas não conheciam e não sabiam da sua potência.

Quando há a pergunta sobre o puerpério, elas não se manifestam, exceto uma que diz:

*“Foi tranquilo, não senti dor, não tive o primeiro contato com ela, só na mesa cirúrgica mesmo que eles me mostraram, depois não tive, pois ela nasceu muito abaixo do peso, o que ela mamava ela regurgitava. As primeiras 24 horas ela ficou em observação e foi ter contato com ela só no outro dia no berçário. Não tive sangramento, foi tudo bem controlado, conforme foi passando a anestesia fui sentindo os incômodos, eu também tive muito sono, então não recordo muito dessas primeiras 24 horas.”*

Elas consideram o puerpério um conjunto de mitos:

*“Não lavar o cabelo nos 40 dias, isso tem uns 8 anos!”*

*“A prima do meu marido nos primeiros 7 dias tomou canja de galinha feito pela mãe dela, tem uma cachaça com ervas que a “Mãe do Corpo” ir para o lugar (risos), ela tomou do primeiro filho, acho que o organismo sai de ordem e depois vai tudo voltando. No segundo ela não tomou e depois ainda ele grande ela sentia a mãe do corpo mexer. É bem estranho.”*

Outra gestante conhece por outros motivos:

*“Conheço porque faz o sangue parar e relaxa a mulher”*

*“No meu primeiro dia de resguardo minha mãe me deu paçoca e não aconteceu nada!”*

A gravidez é caracterizada por Davim e Menezes (2001) como um dos três períodos críticos do ciclo vital da mulher. Dessa forma, a gestação é considerada uma fase de grandes transformações no corpo e na vida emocional da mulher, além disso, é um processo natural envolvendo aspectos biológicos, psicológicos e sociais, no qual o grau de adaptação a essas mudanças vai influenciar no seu nível de ansiedade.

Já não era mais “sirvo o mundo a minha volta”, e sim “eu reajo o mundo melhor para mim”. Ao compreender essa evolução dessas mulheres, na reunião com a orientadora era comentado: “estamos criando monstros!”, com risos e muito empolgadas, era possível ver mulheres adormecidas tomando posse de suas próprias forças, poderes e decisões.

Leão (2000) refere-se a doula como uma experiente companheira de parto que fornece à mulher, ao seu marido ou acompanhante, suporte emocional e físico durante todo o processo de parto e nascimento, inclusive no puerpério, fase essa que muitas não conheciam, por isso foi um encontro importante para conversamos sobre esse período em que as mudanças físicas e emocionais estão transbordando. Falamos sobre a pressão por parte da família, tristeza, irritação, vazio e abandono. Determinamos quem e como colaborar nessa fase. Não se calar nos períodos mais “escuras”, procurar auxílio, falar do assunto. O tema é bem explorado e fica claro que é um período inevitável, mas a identificação dele as deixa menos tensas. “Vou sentir tristeza?” ou, “se sentir tristeza, como vou lidar com isso?”. A proposta no encontro aliviou as gestantes de sensações que podem ser evitadas ou amenizadas pelo conhecimento.

Dentre alguns relatos de medos, uma participante relata seu momento de tristeza, se vendo numa sensação de incapacidade e desejo de fugir:

*“Eu queria sair pela rua nua, sem nada e desaparecer. (...) Ele foi minha cura, ele me resgatou, me encontrei e parei de fugir”*

Com poder e conhecimento, elas se tornaram lobas com prodígios únicos de suas próprias histórias. Desta forma, as intervenções feitas ainda na gestação funcionam como

suporte a fim de conter as ansiedades, proporcionar trocas de vivências e reflexões sobre o ciclo gravídico-puerperal. O fato de falar, receber informações e refletir sobre as mesmas favorece a redução dos medos e da ansiedade relativos a esse período, tornando possível a percepção de suas modificações, facilitando o processo de adaptação (Nascimento, 2003; Zimmerman & Osório, 1997).

### 5.6 6º Encontro: Depressão pós-parto

Os encontros não garantem a imunidade da depressão pós-parto, mas para mim a certeza de que falar sobre o assunto, identificar e saber como lidar já teria um grande efeito. Desta forma, as intervenções feitas ainda na gestação funcionam como suporte a fim de conter as ansiedades, proporcionar trocas de vivências e reflexões sobre o ciclo gravídico-puerperal.

Iniciamos a conversa para saber delas, para as que já tinham tido filhos, foi perguntado se no pós-parto, a doença da depressão se manifestou, obtendo como resposta de duas delas o relato de momentos bem difíceis: *“a procura por ajuda médica não colaborou muito, pois o médico disse que era normal e que passava”*.

Para que as outras gestantes primíparas pudessem interagir, foi esclarecido quais os sintomas, o que fazer nesse período e a importância de dialogar.

A gestação é um período de crise evolutiva fundamental no desenvolvimento da identidade feminina e que carrega consigo uma série de mudanças que são irreversíveis, fazendo com que a mulher passe por um período de vulnerabilidade (Ammaniti et al., 1999). Sendo assim, os sinais de depressão podem, muitas vezes, ser mascarados e confundidos com a sensibilidade e fragilidade características da fisiologia da própria gravidez (Mazet & Rosenblum, 2002).

Elas discutiam que nem todos entendem, que não é fácil falar do assunto devido a muitas críticas e julgamentos: *“Mãe chorando não é bom sinal, as pessoas já olham com outros olhares e tornam um problema alheio, somente o bebê é visto e a mãe não é acolhida e cuidada.”*

Quem pode entender os pensamentos que passam pela cabeça de uma mulher em uma situação dessas? Elas mesmas rendem que é só quem passa que sabe.

*“Não aguento, não dou conta!”*

*“Tenho vontade de sair pela rua pelada e sem destino.”*

*“Chorei por dias e não quis levantar da cama.”*

Chamadas de “mulheres moles”, elas identificaram que era um tipo de violência pela qual estavam passando por parte das pessoas e que tudo se tornava ainda pior.

Podem sim falar, podem e devem ser acolhidas. A família pode ser uma grande aliada quando convidada a entender o momento e, assim, oferecer auxílio. Conhecer os sintomas é um fator essencial para a consulta médica. Figueiredo et al. (2010) acredita que o aumento de informação, o apoio e a preparação durante a gestação contribuam para o aumento do bem-estar da mulher no final da gravidez, evidenciando-se uma menor ocorrência de problemas psicológicos e de depressão pós-parto.

Realmente é um assunto muito difícil de ser tratado, a vontade é de realmente garantir a elas a imunidade da doença somente pelo meu desejo de lhes querer o bem. Mas sabemos que é melhor prevenir do que remediar, então, cuidar de si, da alimentação, praticar exercícios moderados como uma caminhada, tomar banhos relaxantes, observar a natureza, estar próximo a pessoas que fazem bem, aceitar e confiar que tudo vai dar certo, que mesmo distante todas estariam juntas no pós-parto, em uma fase que, a partir daquele encontro, elas já conheciam, tratando e cuidando para evitar os prejuízos com qualidade e bem-estar.

Mas, a depressão pós-parto pode ser prevenida? A resposta sobre o tema encontrada por Zinga, Phillips e Born (2005) tem caráter negativo. Segundo a revisão feita por esses autores, a depressão pós-parto ainda não pode ser prevenida, pois a maior parte das intervenções psicoeducativas e hormonais tem mostrado pouco efeito para a sua prevenção. Porém, estudos que se utilizaram de intervenções de enfoque psicoterapêutico, especialmente os realizados em grupo, mostraram alguns resultados promissores nos esforços para prevenir a ocorrência de depressão no pós-parto.

## **5.7 7º Encontro: Praticidades**

Um encontro de comadres. Um longo bate-papo para falar das praticidades e das possíveis coisas que podem acontecer no cotidiano. O que fazer quando o bebê soluça? Será que funciona a técnica da vovó de colocar um pedacinho de lã do cobertor na testa do bebê?

Escutar as preocupações em relação aos primeiros cuidados: sono do bebê e sono na mãe, quando descansar, banho, alimentação, visitas, amamentação.

É fato: mesmo que se organize um pós-parto ele é imprevisível. Ter conhecimento dos seus percalços, dos possíveis acontecimentos e deixar claro que dores, visitas, excesso ou falta de sono, além de muitos outros fatores, fazem parte da natureza do período puerperal. Isso tranquiliza e prepara para o desconhecido.

Além desses aspectos preventivos, o grupo pode colaborar e desmistificar alguns temas importantes como cuidados com a amamentação, cuidados com o bebê, a maternidade idealizada, conforme Arrais (2005).

Assim relata uma participante ao falar sobre o poder da amamentação, um ato exclusivo materno:

*“Acho que foi uma das melhores sensações... eu mexer na barriga, saber que tá ali dentro, que tá mexendo, e o amamentar. Porque o momento é seu. Porque eu posso até dar meu filho pra ela amamentar, mas não é a mesma coisa. Só você pode fazer. A vó não pode, o pai não pode, ninguém pode fazer. Só a mãe, né?”*

Amamentação é o “abre-alas” do encontro, desmistificar e ensinar era o meu objetivo com o tema. As mães de segunda viagem colaboraram muito com seus relatos. Elas concluíram que não é tão lindo quanto se parece - dores, incômodos, preconceito das pessoas, tempo e disposição.

*“Nossa o meu [seio] inicialmente começou a machucar e lá pro terceiro dia já estava em estado calamitoso. O bico estava já deplorável. Eu não tinha mais bico. Ele sugava, eu já chorava, gritava, ele tirava, saía, e já começava a sair sangue na boca dele, já. Foi desesperador mesmo. Foi 15 dias desesperadamente... Porque a enfermeira já chegou, colocou o meu peito na boca dele “vai dar mamar”, virou as costas e minha mãe “isso, dá mamá”. Segurando meu peito assim...”*

*“Eu optei por amamentar até um ano e 6 meses, eu não amamentei mais porque eu já não aguentava mais. Como diz minha mãe, meu peito tava daquele jeito, uma muxiba. Então eu já não aguentava mais, mas se ela pudesse mamar 2, 3 anos... é meu filho, deixa mamar!”*

A sugestão é de deixar preparado um espaço para esse momento de início com água e frutas próximo, utilizar da posição mais confortável e, sempre que precisar, pedir o auxílio. Falamos sobre o que é utilizado para fissuras nos mamilos, mamas endurecidas e técnicas para uma boa amamentação.

A higiene depois do parto para evitar infecções, incontinência urinária, usar ou não a cinta, os animais em casa e sua higiene, as fezes do bebê e quando elas indicam desidratação, fraldas, banho; falamos da polêmica hora das visitas: quem vai demais, quem vai de menos, e

horários. A sugestão foi de colocar um quadro com as preferências da mãe, com horários e até sugestão do que levar, uma sopa, por exemplo!

Elas se animaram muito quando perceberam que podiam pedir a colaboração das pessoas, podendo ser algo muito além de fraldas - um pedido para alguém tirar a roupa do varal, colocar o lixo na rua, levar uma sopa, frutas. Cooperação bem-vinda que relaxaria muito a mãe e seu bebê.

Descansar no momento do sono do bebê foi um tema bem empregado, pois elas tinham em mente que é a hora para deixar a casa limpa e a comida pronta, depois de uma noite toda mal dormida. Não! Elas estavam liberadas para dormir junto com o bebê. Organizar e planejar um esquema para não prejudicar os outros membros da família, por isso a importância do diálogo e respeito.

Planejar é o método que garante harmonia e tranquilidade no pós-parto, fazer de forma simples e esclarecedora. Figueiredo et al. (2010) acredita que o aumento de informação, o apoio e a preparação durante a gestação contribuam para o aumento do bem-estar da mulher no final da gravidez, evidenciando-se uma menor ocorrência de problemas psicológicos e de depressão pós-parto conforme. Desta forma, as intervenções feitas ainda na gestação funcionam como suporte a fim de conter as ansiedades, proporcionar trocas de vivências e reflexões sobre o ciclo gravídico-puerperal.

Entre elas um diálogo sobre a preparação para a chegada do bebê:

*“Eu queria muito arrumar o quarto dele... já arrumei tudo, já fiz tudo do jeito que eu queria... Aí falei: “ah... nem vou fazer chá de bebê, vou fazer só em julho”. Porque aí já vai estar de 8 meses, eu quero fazer só quando tiver com 8 meses.”*

*“Pra ver logo, pra pegar logo.”*

*“Acho que se for um bom parto, do jeito que você queria, aí você quer que ele nasça logo.”*

*“Ontem o meu marido terminou de arrumar, de pintar o quarto deles. Agora eu vou mexer num outro cômodo que vai ser o meu quarto. Aí eu vou encerrar com as obras. Porque depois, logo já está nascendo, né? Pode acontecer algum imprevisto, aí eu vou encerrar já tudo. Mas eu nem fiz nada ainda.”*

*“Mês passado, o meu pai ele viaja. O meu pai é da serralheria e faz tudo quanto é tipo de lugar. Aí no mês passado ele tava de férias e disse: “Eu já vou aproveitar as minhas férias e vou fazer tudo.” E é serralheiro e ele também é pedreiro. Aí falou assim “Filha, eu já vou fazer tudo de uma vez pra mim ficar poder mais tranquilo.” Até minha mãe falou “Tá muito cedo pra arrumar!”. “Não, mãe, mas já arruma tudo”.*

*“A ansiedade do primeiro é: “e se nascer, e será que já tô com o berço, já vou estar com as roupas...”*

As mães de segunda viagem garantem que não é preciso muito, a experiência com o primeiro filho mostra que as preocupações são desnecessárias:

*“Com o Arthur eu ficava também, atribuladíssima. Nossa, eu quero ver, eu quero ir pra nascer, onde eu vou pôr, e a bolsa? E onde vai dormir, cadê... Esse segundo não. Eu já tenho tudo em mente... projetada, praticada.”*

*“Nossa, não comprei uma roupa, não comprei uma bolsa. Não comprei nada. Tudo que tem, eu tenho foi ganhado até o momento. Até falei pro meu marido: nossa, ele vai nascer não tem nada pronto.”*

Planejamento, discussões sobre atitudes e comportamentos maternos, escolhas, decisões, foi um encontro rico de informações. Elas concluem que: cada mãe é única e cada uma tem seu jeito de fazer as coisas, que cada uma faz aquilo que é melhor!

## **5.8 8º Encontro: Chá de Bênçãos**

Os estudos que investigam a transição para a paternidade têm verificado que os pais mostram-se bastante ansiosos e preocupados durante a gravidez da esposa, período que tem sido marcado para eles por sentimentos de alegria, ansiedade e conflitos (Krob, Piccinini, & Silva, 2009).

Nesse sentido, no oitavo encontro foi preparado o “Chá de Bênçãos”. Uma comemoração com o objetivo de sensibilizar as gestantes e seus acompanhantes para a chegada do bebê e fortalecer o vínculo dessa nova família.

Diferente dos chás de bebê, em que o centro das atenções é o próprio bebê, nesse a merecedora de atenção é a gestante, a grande estrela que se partirá em duas. Pode ser feito para uma só gestante como também para um grupo - como foi feito nesse caso.

É um encontro que pode ser feito com vários instrumentos: flores, música, velas, escalda-pés, cartas, massagem, canto, dança, chás, orações, declarações, etc. O roteiro que será descrito aqui pode ser alterado conforme o estilo da gestante. Quem faz esse momento são os convidados, então, cabe a eles sensibilização ao elaborá-lo.

Diferente dos outros encontros, aqui com atuação mais passiva, as gestantes ganharam o desenho do bebê na barriga, chamado de ultrassom do bebê em desenho, foi feito por uma convidada da pesquisadora; no encontro a presença da psicóloga, que acompanhou durante os encontros, auxiliou na logística de todo material; e uma fotógrafa para fazer as fotos durante o

encontro. No fim, foram feitas fotos do casal para que esse dia especial fosse guardado como uma lembrança.

Uma boa dose de ansiedade já tomava conta das gestantes neste dia, apenas uma delas não se alegrava, pois seu companheiro estava preso e sua mãe, talvez, não pudesse comparecer.

Quando chegaram as gestantes e seus acompanhantes, fizemos uma roda com todos os participantes, explicamos sobre o roteiro do dia e falamos sobre o vínculo e a formação familiar, qual o papel e a importância dos pais nessa gestação, a participação no parto e pós-parto.

Após um lanche, fomos para o momento da massagem. Com um óleo adequado, foi ensinado aos acompanhantes como massagear as gestantes, relaxando e promovendo boas sensações entre os dois. Esse momento aconteceu em um quiosque grande de um jardim. Elas estavam sentadas, uma em cada banco, do tipo de praça. Elas já tinham sido orientadas a irem com duas opções de roupas, uma confortável, e outra para a sessão de fotos que aconteceu no final. A orientação da roupa era para facilitar a massagem que aconteceu apenas nas pernas, nos braços e nas mãos.

Logo após a massagem foi ensinado aos acompanhantes como preparar água morna com ervas para massagear os pés e relaxar as gestantes. Sorrisos, brincadeiras e propostas para “mais tarde” repetirem esses momentos em casa eram sugeridas por eles.

A expectativa para o desenho na barriga era grande. Em cada gestante, foi feito um desenho do bebê na barriga para que o pai preenchesse com tintas (todo material utilizado era próprio para a pele).

Para concretizar e ter como lembrança esse dia do encontro, o casal foi convidado para uma pequena sessão de fotos no jardim. Com o desenho na barriga, eles eram conduzidos pela própria alegria, caprichando nas poses.

Em círculo, todos os participantes comentaram sobre a experiência daquela manhã. Com o círculo feito, foi chamado um casal por vez e a eles foi entregue, pela pesquisadora, um vaso com uma plantinha. À ela, foi dito que era a terra. A ele, dito que era a semente. E a plantinha era o fruto dessa união: da terra com a semente. Junto com a plantinha, foi entregue também um quadro com um poema inspirado no nome de cada gestante e um chaveiro de coração feito em feltro, ambos produzidos por pessoas voluntárias que souberam do projeto e quiseram participar de forma indireta.

Emocionante, delicado e animador. Era possível ver nos casais a alegria em terem passado por uma experiência nova e que não precisavam de muita coisa material, o essencial era o tempo, a atenção e o carinho, fatores que transformam.

Cartas de agradecimento dada por elas para a pesquisadora, palavras que foram e são, até hoje, combustíveis a condução dessa pesquisa, abraços fortes e olhares cheios de esperança.

Não foi uma despedida simples, um até logo, porque, meses depois, aconteceria o encontro de pós-parto com os bebês nos braços!

Alguns autores têm sugerido algumas estratégias que facilitam ao pai estar em contato com seu filho, durante o pré-natal. A primeira seria por meio do contato tátil, com a pele da barriga da mãe para favorecer ao pai experiência a resposta dos movimentos fetais, e a segunda seria por ecografia Krob et al. (2009).

Uma doula pode realizar este leque de atividades e ainda incorporar “terapias naturais”, conforme sua especialização, explica Jones (2002). Entretanto, cabe destacar que o sucesso dessas estratégias está relacionado com algumas características de sua personalidade tais como autoconfiança, autonomia e facilidade de adaptação, bem como com ma boa relação com a sua companheira (Nogueira & Ferreira, 2012).

### **5.9 9º Encontro: Pós-Parto**

Finalmente o grande dia. O reencontro de todas com os bebês nos braços. Elas estavam lindas, os bebês todos engraçadinhos e demorou um pouco para que acabasse o frenesi do reencontro e pudéssemos, então, iniciar. Considerada toda aquela animação, vibração como início, era preciso saber dos detalhes do parto e do pós-parto.

Foi preparado uma sala tranquila, com café e bolo de cenoura e algumas perguntas já preparadas, que estão descritas com as respostas a seguir:

Elas aderiram a um lema que construímos no grupo: “sou a melhor mãe que posso ser”, então, dentro de suas possibilidades, o relato de cada uma foi fantástico, iniciando com a pergunta:

1 - Como elas estavam?

*“Agora estou bem, risos. Por que olha, passei pelo momento da depressão, de olhar no espelho e falar assim não era assim que eu queria ver... mas agora passou.”*

*“Bem, super bem.”*

*“Estou bem desde quando ele nasceu. Normal, minha cesárea foi melhor que a primeira.”*

*“Estou bem confusa, é bem complicado. Estou achando que vou virar adolescente e vou jogar tudo para o alto e “meu Deus não aguento mais nada”! risos Mas não é assim, né!? Mas é gostoso, a consequência de tudo é muito bom! Mas ahhh, muito hormônio.”*

*“Estou ótima!”*

2 - Como foi o pós-parto de vocês?

*“O meu foi bem diferente da primeira porque eu laqueei, então assim. Eu senti mais dores, mas foi mais tranquilo. Eu fiquei com muito gases. O segundo dia eu não conseguia andar, em casa também. Eu não sei se por conta da laqueadura ou da cesárea. Eu acredito tenha sido por conta da laqueadura, porque até hoje para eu segurar para fazer xixi, as laterais dói mais. Mas eu tive ajuda do meu marido, da minha filha, belezinha. Me ajudaram bastante, com vinte dias já estava fazendo de tudo, fiquei em casa, ele não deu trabalho, não teve cólica. A diferença foi essa, por causa da laqueadura.”*

*“A minha tipo assim, eu tive uma contração, foi rapidinho, foi cesárea. Depois eu sofri demais, minha mãe trabalha fora, pedi para amigas, uma ou outra não podia, tinha que dar banho, eu não conseguia. Fiquei bastante tempo só na cama, não levantava, não andava, a mulher tirou a sonda, ela puxou, ela foi super grossa, eu não conseguia fazer xixi, porque doía demais, mas minha mãe tirou férias, ajudou eu, ai depois foi movimentando, bebendo bastante água, eu não tinha conseguido fazer coco, minha barriga doía, sofri demais!*

*Ai depois que passou, foi super tranquilo, todo mundo me ajudou, o ruim era isso, eu me entreguei na cama, não comia, não andava, não fazia xixi, depois que passou fiquei super bem, dei banho, foi tranquilo.”*

*“A minha cesárea foi bem dolorida, porque eu esperava muito ter o parto normal. Então eu esperei, esperei muito. E acredito que se esperasse mais uns dois dias ele ia nascer de normal, porque a cabecinha dele já estava já... oval. Aquela posição. E no dia que eu tive muita dor, eu estava com 42 semana já, fui para a Santa Casa, porque eu já estava com dor, mas acredito que não era a dor do parto, fui atendida pelo Dr., o plantonista, foi muito frio, não olhou para minha cara, e não disse o que estava acontecendo e disse para enfermeira me internar. Fui internada e não me disse nada, perguntei para a enfermeira e ela me respondeu isso “que ele me disse para te internar”. Daí eu perguntei “vou ter cesárea, normal... o que*

*está acontecendo?” Daí ela respondeu, “você vai passar por cirurgia, porque ele não pediu para colocar soro em você.” E não vi mais o doutor, foi muito rápido, muito dolorido. Porque o primeiro foi cesárea particular, fiquei bastante tempo na sala de cirurgia. Foi bem delicado o processo de abrir, tirar o neném. E nesse... eu sai toda roxa de lá. Porque eles empurravam muito, eu fique aqui ó, eu tirei foto, a cicatriz ficou horrível. Horrível, horrível, horrível. Foi assim, uma carne ali jogada na mesa. Então essa coisa me deixou extremamente triste. Porque eu estava tão harmonizada com o parto, sintonizada com o momento dele nascer, foi assim extremamente frio, frio, frio. Foi um choque, porque ele nasceu, e perguntei cadê o meu bebê, e me disseram daqui a pouco traz. Porque quando baixou o pano, ai não tinha ninguém na sala, nem médico, ninguém, e eu lá na maca, não entendendo nada do que estava acontecendo, daí daqui a pouco colocaram assim para eu ver “ai seu neném” e já levaram, e eu disse “deixa eu ver!” e ela me repondeu “não, preciso levar para fazer os processos dele!”. Uma coisa assim, vamos cumprir os procedimentos. Fiquei muito assim, meio a meio. Muito feliz por ser mãe e triste pelo jeito que foi o parto. Ao contrário na santa casa o Arthur ficou o tempo todo na maternidade com a equipe. E eles “toma que o filho é seu!”. E isso é muito legal, uma sintonia, acho que ele ficou umas seis horas mamando no peito. Seis horas! Seguidas, do jeito que me colocaram no peito ele não soltou mais. De madrugada, umas 3 horas da manhã que ele dormiu. Foi a hora que ele abriu a boca, ficou conectado (risos).*

*Em casa minha mãe me ajudou muito.*

*O pai dele... eu me separei com dois meses que ele nasceu, ele foi embora. No começo ele me ajudou bastante, em casa foi tranquilo. A cicatriz que ficou bem visível, não ficou uma coisa bonita. Não tive dores, amamentação... o que aconteceu com Arthur, com esse eu não tive nada. Mamou que foi uma beleza! O meu pós parto foi bem 50% (risos) feliz e 50% confusão por causa do relacionamento que estava acabando, quanto a mim eu estava bem, nem entendendo porque o que estava acontecendo o porque eu estava bem diante de tantas coisas desmoronando. Mas eu estava bem, eu acredito nele (no bebê), foi uma força muito grande desde quando eu engravidei dele eu senti essa força muito grande e o pós parto senti essa força que ele me trouxe.”*

*“Foi bom. Tive ajuda da minha cunhada, ela me ajudou dar banho nele, depois de dois dias eu dei banho sozinha porque eu tinha medo, do umbigo. Minha irmã ficou comigo. Meu marido me ajuda bastante até hoje. Até a hora que ele começa ficar no carrinho ou no chiqueirinho, aí é só braço (risos). Não tem como fazer, meu marido ajuda. Minha cesárea foi ótima, por ser laqueadura achei que fosse ser pior, doer mais. Pra mim foi a melhor que a*

*primeira, eu creio que a segurança do médico passa pra gente. Minha foi particular, foi uma equipe maravilhosa, tudo, me deu atenção. Estava lá pediatra, enfermeira, ele tirou o Enzo e já trouxe pra mim pra olhar e o médico me disse assim “vou dar uma olhadinha nele e já trago aqui de novo pra você”, ai levou e falou para o doutor “parece que nasceu de parto normal. Agora mãe vou levar ele pra limpar e você está de parabéns porque ele está uma criança perfeita!”*

*Não consegui dormir nada, vi tudo! Duas horas depois trouxeram ele e ficou comigo, não desceu o leite e comecei a ficar apavorada já! Daí foi eu ponthá o pé no portão de casa que o leite começou descer que nem uma bica e começou até dar febre. Ai tive que tirar um pouco. O médico me falou para andar um pouco, por causa das cores, gases. Eu falei que se não fosse a cesárea dava para ter mais filhos. (Risos de todas). Eu estava ansiosas para ver o rostinho dele e ouvir do médico “está dando tudo bem”, enquanto não ouvia isso. Ai...”*

*“Foi muito dolorido (risos) sofri bastante com as contração pensei que não iria aguentar mas graças a Deus no final deu tudo certo. Ele nasceu de parto normal. Nossa foi uma sensação maravilhosa ver meu pequeno ali com saúde perto de mim foi uma sensação muito boa mesmo! Não tive dificuldade alguma. A apoio sempre minha mãe e meu namorado me ajudando! Única dificuldade foi amamentar porque meu bico rachou então ele mamava sangue mesmo e doía demais!”*

3 – Em que aspectos a intervenção no grupo contribuiu ou não para o parto e pós-parto de vocês?

*“Para mim passou uma segurança muito grande. Contribuiu em ajudar, tratar dos assuntos mais normal. Senti mais segura. Apesar da ansiedade, me sinto assim, difícil de expressar. Me achei mais madura, depois das palestras.”*

*“Lembrando que não acontecia só com uma, né? Nossa! Rachou meu peito, na outra gravidez rachou, da amiga, também aconteceu. De olhar no espelho e ver que meu cabelo caiu, ainda cai bastante, eu falo para minha irmã “parece que eu estou com um palmo de testa!”. De lembrar que a gente conversava sobre essas coisas, é tudo natural da gravidez. É o corpo que muda, de lembrar que eu ajudei minha irmã, nunca quis ter filho e agora engravidou, tá num processo de adaptação, de olhar para o espelho e falar “esse não é o meu corpo”. Ela teve muita estria... e de lembrar das nossas conversas e poder auxiliar outras pessoas também,*

*né?! É bem complicado. Como a Angélica falou, é uma confusão, de sentimento, de pensamento, se for por minha cabeça pra fora, é uma emaranhado de fio dando curto, (risos) tempo inteiro, emaranhado de sentimento.”*

*“Na mesma hora que a gente fica brava, na mesma hora a gente chora, desconta no banheiro.”*

*“Para mim ajudou muito, muito, muito mesmo. Quando eu falei dos 50% diante de tanta coisa acontecendo, eu vê aquele lado feliz da maternidade, eu consequência dos encontros, isso eu tenho certeza! As conversas que a gente teve lá, foi um diferencial que a gente passaria por esse momento do puerpério, que é o difícil, que vem as confusões, que antes a gente abafa isso e na hora que a gente abafa sem ter o conhecimento de que isso vai chegar, as consequências vem, que daí a gente... a nossa própria aceitação, vai se jogando, não se aceita, ou como mãe mesmo, porque eu não estou sendo uma boa mãe? Porque eu to chorando? Mas meu filho vai me ver chorando, meu Deus do céu, meu leite vai secar... eu olho no espelho eu não sou uma mulher, não sabe a diferença entre mulher e mãe, tudo mistura. Então eu falo, que foi um diferencial muito grande mesmo, a terapia que a gente teve lá. Muita informação. Muita coisa que foi acontecendo já estava sendo prevista. Já foi previsto. Então a gente já tinha como lidar quando acontecia. Quando a gente tem a previsão a gente tem a... sabe lidar com o que está acontecendo. Foi uma coisa que mudou muito mesmo, foi assim... pra mim particularmente dói o que eu precisava! Diante de tudo, acho que todas as mulheres precisam também, é um conhecimento do corpo, são informações... “ah mas tem no Google, vou pesquisar...” mas não é. A informação que tem ali é humana. A terapia, que é o grupo. Então, não é só você falando, é as pessoas dando também os exemplos da rotina. Porque na teoria é uma coisa, na prática é outra, né?! A gente passou pelo que passou está todas aqui, a confusão é a mesma. Se joga nessa confusão. Que nesse início é complicado, quer tudo pra ontem, o neném tá com oito meses, a gente fala “meu Deus do céu”, é muito longo voltar ao corpo que quer, se é que quer né? Voltar a rotina.*

*É intenso, você ter esse humano na nossa vida, é intenso. De repente você se vê mãe, se vê mulher, mãe de outro filho, no caso de nós três (se referindo as outras da roda que tem dois filhos), a (outra participante) não passou por isso, ela ainda tá na entrega unilateral da entrega. Eu tinha que dar mamá assim olhando para o Arthur, porque ele tinha muito ciúmes, eu dava mamá assim olhando e sorrindo para o Arthur, (risos). Porque é muito gostoso dar mama e ficar namorando os dois.”*

Para uma participante que passou por duas gestações, foi perguntado:

4 - Qual foi a diferença em participar de um grupo?

*“Muita diferença viu Dani, acho que até a (outra participante) comentou: que se eu tivesse a oportunidade de ter esse encontro na época que eu engravidei da Ana Lívia, minha vida mudaria, é muita diferença. Foi o que eu te disse, os sentimentos foram os mesmos, lidar com eles foi diferente.”*

*“O que a Angélica falou foi crucial, a gente já estava prevendo o que ia acontecer, então foi mais fácil de passar, aceitação, a confusão...”*

*“É bem intenso, a diferença é saber que tudo o que estava acontecendo já ia acontecer. Então assim, naquele momento que vinha aquele choro, tipo assim: to perdida no universo. Meus do céu né?! Então a gente já sabia que aquilo ali, fica né? Porque são hormônios que vem após a gestação e o próprio estado da mulher em ter uma pessoa, um ser humano que vai depender da gente pro resto da vida, né?! Então, nessa parte assim, eu já estava bem mais tranquila. Na gravidez do Tarcísio. O meu lado mulher, o que eu não consegui diferenciar na gravidez do Arthur, eu misturava muito o lado mulher com o lado mãe, e o lado mulher consecutivamente ficou abafado, não existia mulher, tanto que as vaidades assim, eu engordei, eu não tinha vai dade, eu tava perdida, confusa, né? Triste com o que estava acontecendo, mas abafava todo o sentimento. E uma outra hora vai vim né? Em uma confusão, vai vim futuramente né?! Querendo ou não vai ter consequências. E já nos encontros eu conseguia diferenciar mais essa parte, o lado mulher e mãe. Que é muito fundamental pra mim.*

*Na gravidez do Arthur eu só pensava no mãe, então tudo, a minha cobrança, a mãe que eu era, porque eu estava sendo daquele jeito, eu me projetava uma mulher, uma mãe, mesmo sabendo de coisas que seriam impossíveis de realizar, mas a gente projetava e vinha a frustração em cima disso. Já com os encontros, a gente conversou muito dessa parte do que a gente sente, independente da gravidez, o que você Angélica... Eu passei a criticar a Angélica em mim, que pode sentir sim, que tem espaço na Terra, entendeu? Independente de ser mãe, ser filha, ser mulher, é ser a Angélica, quais são os meus gostos, o que eu posso fazer em relação a minha família e não ser a família. Eu sou a Angélica e essa diferença foi muito fundamental mesmo! Foi muito importante pra mim sabe, essa visão assim do meu eu e poder identificar que muitas coisas estão ao meu alcance e muitas coisas não estão ao meu alcance. Não vou ter frustração a respeito disso, entendeu?”*

*“A gente sabe que tem o direito de errar e acertar também, né?! Como você pode acertar e errar, a gente é humano! Isso é normal!”*

*“A gente entende que a maternidade, ser mãe e ser mulher, não é aquela coisa bonita de Facebook né?! Até comentei dessa minha amiga que meu afilhado está com 13-14 dias, falei para ela: faz, porque ela é jornalista, faz um blog e mostra que a maternidade não é isso, que tem estrias, que tem a marca no corpo, você fica perdida, não sabe como vai lidar, eu li bastante nesse período, coisa de internet mesmo, segui bastante blog e assim uma frase que eu tenho guardado comigo “eu sou a melhor mãe que eu posso ser” (Frase dita durante a terapia em grupo), que eu não sou igual a nenhuma aqui e nem elas igual a mim.”*

Todas:

*“Seremos as melhores mães que podemos ser!”*

*“Porque a gente faz tudo querendo acertar. Esses dias ele caiu e o meu pai falou assim: “o menino caiu! Você não tá olhando!” Eu disse: “não, porque eu gosto!” (ironicamente). Que mãe que gosta de ver o filho caindo, nenhuma! Mas acontece, o filho cai. “O menino tá com fome!” Eu gosto de ver ele com fome?! Algumas coisas acontecem não é porque a gente gosta é porque acontecem. Até falei isso para minha amiga, Bela você vai ser a melhor mãe que você pode ser! Você faz de tudo para acertar, mas infelizmente a gente erra. Eu acho que os encontros me mostrou muito isso: a gente vai ser o melhor que a gente pode ser e sendo a gente!”*

*“A gente fantasia! Então se não sai de acordo com o nosso pensamento é a hora que vem a frustração, não é que a gente parou de projetar, parou de pensar as coisas que a gente quer, a gente continua, só que com os encontros a gente conseguiu ver que não é só a gente que está com esses pensamentos e a gente colocou pra fora, isso é muito importante. Porque ficar sozinha com esses pensamentos todos na gravidez, por exemplo, é muita ilusão, é lindo, delicioso, é maravilha, mas ao mesmo tempo, é... é a gravidez. É o percurso da vida mudando toda vida. (Risos)”*

*“Como a (outra participante) falou a gente não é família, a gente faz parte dessa família e não pode esquecer disso. Que a gente faz parte, não é a família completa. Cada um tem o seu papel: “agora tem que esperar porque estou no banheiro...”, vai ter que esperar porque eu vou*

*comer, vai ter que esperar porque agora estou dando de mamar, vai ter que esperar por várias “n” coisas, né?!”*

*“As meninas falaram tudo o que eu ia falar (risos). Pra mim foi muito também sabe, porque eu tinha muita dificuldade de conversar, de desabafar. Tipo eu trouxe problema lá da minha casa para vocês me escutarem, vocês me ajudaram muito, nossa... foi muito especial, nossa... pra mim foi muito bom. E foi mais bom porque hoje eu consigo falar com as pessoas, desabafar, porque antes eu desabafava sozinha, chorava sozinha, quando estava grávida, ficava um monte de coisa na minha cabeça, então guardava só pra mim, não contava e nem desabafava para os outros, e aquilo sabe... vocês...sabe... nossa pra mim foi muito bom. A gente desaba né? As pessoas falam muito, aqui não... aqui não, aqui escuta a gente, a gente fala pra caramba, vocês escutam, nosso e isso é muito bom, poder contar com vocês.”*

*“Pra mim também teve assim, por cada história ser uma história diferente, ajuda. Não é assim julgar, a história da outra é diferente, você não está julgando ela porque a história dela é diferente, você aprende com a história dela.”*

5 - A próxima pergunta era para saber o que elas achavam que poderia ser feito e incluir nos futuros encontros, para ajudar outras mulheres como elas. Nas sugestões, foi pedido que o grupo continuasse, que no Chá de Bênçãos pudessem levar os primeiros filhos e que o grupo precisava ser mais divulgado para que mais mulheres pudessem participar.

*“Incluir mais tempo juntas!*

*Mais tempo e mais vezes.”*

*“Quero uma particular! Porque estou em pânico!”*

*“Eu como mãe de uma menina de 12 anos, hiper ciumenta, afetiva, eu acho pra quem tem mais filhos incluir pelo menos mais um encontro com esse filho. Porque assim, minha menina ficou, tanto que no dia que eu cheguei lá com a barriga pintada (se referindo ao último encontro no Chá de Bênçãos), ela: “ai mãe que legal, mas se via que a vontade dela era de ter participado, apesar daquele ter sido um encontro de pai e mãe, né... mas você via o desejo de ter participado. Mostrar que eles fazem parte. Por mais difícil que seja, que é uma confusão né? Ainda mais dependendo do tamanho da criança, mais confusão ainda.”*

*“O meu menino de cinco anos perguntou isso pra mim. Por que que eu não vou também.”*

*“Uma coisa bem lúdica para introduzir o filho que está chegando no irmão, um igual essa experiência da gente receber, pra eles é intenso também, para os filhos, dividir o irmão, a mãe, dividir a família, né? Entrar na divisão total da vida.”*

*“Porque eles sofrem mais que a gente. Porque o Eduardo (o primeiro filho) era só ele. E agora ele tem que dividir tudo. Pai e mãe, tudo. Atenção. Ele falou para mim: “Por que eu não fui? Tá o pai, tá você, tá o Enzo, cadê eu?” E chorava... (ela começa a chorar) ele chorava porque é chorão como eu. Eu respondi que não levei porque ele estava na escola e ele me disse porque não deixou eu faltar? “Olha que lugar bonito!” o menino dizia... com 5 anos de idade! Acho que quanto mais velho melhor, porque a menina da (outra participante) tem 12 anos e entendeu melhor né?”*

*“Tudo eu incluo ela. Eu até me policiava, não beijava o Benjamin porque ela estava do meu lado... até esses dias eu pensei e falei pra ela: não vou fazer mais isso, você tem que entender, porque ele é um bebê, precisa de atenção, seu tempo já passou. Ela teve tudo isso, por mais que eu fosse imatura, foi uma outra gestação, mas ela teve tudo isso, ela não lembra, mas ela teve. Eu incluo ela em tudo, agora estou colocando ela para cuidar mais dele. Faz mamá para seu irmão... mas desse fato em si ela perguntou, por que ela não foi, porque ela não poderia ir, tanto que hoje ela não perguntou por que ela não viria: “ah é aquele que a gente não pode ir né?!” Eu disse que sim. Ia até trazer, mas ela está com conjuntivite. Ai por causa das crianças menores não trouxe.”*

*“Uma coisa que tem ajudado muito, não sei para as meninas, mas o que me ajudou muito é isso o que você faz, dá palavra de incentivo e mostra o que somos capazes, porque todo final de encontro você fazia isso “vocês são capazes, são bonitas, vocês são inteligentes” e isso marca muito a gente.”*

*“Eu sai de lá me amando mais.”*

*“Eu acho que isso foi muito bom pra gente, a gente sai acreditando mais em nós. As vezes a gente se pergunta: “será que vou ser mãe de novo e passar por tudo isso de novo e como vai ser?”*”

6 - Qual o momento que vocês mais destacam no pós-parto? Amamentação, por exemplo, como foi?

*“Na verdade, assim... nas primeiras semanas foi mais difícil porque ele não mamava. Diferente do Tarcísio (referindo-se ao filho da outra participante que ficou 6 horas no peito), Benjamim quase não sai do hospital porque ele não mamou, as meninas foram medir a glicemia dele, estava muito baixa, elas só me liberaram pra casa porque me conheciam, amiga de trabalho e sabia que eu não ia deixar ele sem alimentar. O que eu acho muito diferente é que o meu peito não enche, não fica aquele peito cheio que chega a vazar de por absorvente... foi diferente. Não tive problema com bico rachado, ele pegou bem diferente, ardia, mas não chegou a rachar, todo aquele trabalho para enfiar o bico inteiro na boca, mas foi bem tranquilo. Tenho leite até agora, se apertar esguicha leite mas, eu sinto muita diferença porque meu peito não enche de leite.*”

Foi explicado que o tamanho da mama não tem relação com a quantidade de leite.

*“Isso que é diferente aqui, no encontro eu aprendi muita coisa, eu estava empoderada, eu vou ter leite e pronto acabou, se eu não tiver leite eu vou fazer parte do 1% das mulheres que não produzem leite, depois de uma gestação. Fazer o que, né? Se eu cair nesse 1% (risos).”*

*“Quando ela nasceu eu já tive dificuldade, porque eu não tinha peito, bico. Então era muito trabalhoso, o meu enche, dói bastante, já fui parar na Santa Casa com dor no peito, desse tamanho e nada de pegar. Tenho que ficar tirando porque um bico é maior que o outro, ela não pega o grandão. O bico rachou, sangrou. O médico mandou eu dar mesmo sangrando. Ai comprei um negócio caro e não serviu pra nada. Agora to normal, só não deixar encher, se deixar dói.”*

*“O meu foi só no começo mesmo. Eu já estava apavorada de ver esse menino com fome. E não tinha leite. Acho que é o hospital, (risos) eu quero sair daqui o mais rápido possível, daí o médico chegou e disse que não ia me soltar, e já disse não brinca comigo, já estou com a*

*mala pronta. E é mesmo, parece que foi um milagre, “ponhá” o pé no portão começou a descer. Ai comecei a ter um pouco de febre, achei que fosse da cesárea. Perguntei pro médico, ai a secretária disse que é o leite. Me orientou a fazer massagem e tirar o leite e vou dizer viu que tirar é pior que dar mamá.”*

*“E assim, é um vínculo gostoso. Mas foram duas coisas que eu não tive sensação e que da Ana Livia eu tive mais: foi o mexer na barriga e o mamá. Da Ana Livia eu sentia mais prazer, não sei porque enchia e eu sentia descendo. (risos)”*

Vocês tiveram momentos de tristeza no pós-parto?

Todas riem e, sussurram e começam a comentar.

*“Dá vontade de chutar o pau da barraca, mas nem dá porque depois você tem que juntar tudo né?! (gargalhadas)”*

*“Ai dá mais tristeza ainda. (risos)”*

*“Ah eu senti, senti bastante. Bate uma deprê, mas sabe que vai passar. Faz parte da vida da gente. Um dia a gente tá bem, outro dia nem tanto. Uma confusão de sentimentos, também né? No meu caso eu tenho uma menina de 12 anos, estava fazendo umas coisas na escola, ai você fica chateada, ai meu marido é meu tranquilo... (risos). Acho que fiquei mais depressiva antes de engravidar, estava num período complicado, estava passando por um período bem difícil, sem vontade de fazer nada, aí engravidei e passou. Acho que a gente não pode se entregar para a tristeza, porque aí é pior né?”*

Foi gratificante ouvir cada história, os momentos em que elas exerceram o seu melhor e que perceberam que elas estavam fortalecidas.

Elas se tornaram grandes mulheres e mães porque se permitiram. O bem existe para todos, basta querer e conhecer.

Como afirma Fleischer (2005), os encontros pós-parto servem para que a Doula, por exemplo, possa lembrar à nova mãe o que aconteceu durante o parto, atenuar incômodos do resguardo e ensinar a amamentar. Dessa forma, atingimos o objetivo.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O encontro de gestantes, elaborado com os oito temas, cumpriu o objetivo deste estudo que foi realizar uma intervenção com gestantes, facilitada por uma Doula, que se propunha a refletir sobre temas peculiares a este período, além de levar informações de qualidade e que possam ser úteis durante o pós-parto.

Verificou-se que a presença da Doula durante a gestação, bem como sua função de dar apoio, escutar, levar informações pertinentes a essa etapa do ciclo vital, pode contribuir para o bem estar da gestante, assim como, no contato com informações baseadas em evidência, tais como: a presença de um acompanhante, seja membro da família, amigo, ou mesmo um profissional que acompanhe a mulher no pré-parto e no parto, diminui significativamente o sofrimento da parturiente, as dores e o uso de procedimentos desnecessários; a necessidade de rede de apoio durante o pós-parto; os cuidados iniciais com o bebê; as expectativas relacionadas ao bebê; entre outras.

Os resultados deste estudo, embora não generalizáveis indicaram que as participantes que vivenciaram a intervenção com a Doula apresentaram maior autoestima e menores indicadores de depressão pós-parto quando comparadas com aquelas que não participaram da intervenção.

Embora tenha sido um estudo exploratório, com número reduzido de participantes, os resultados sugerem que a reprodução deste modelo em outros grupos podem, além de beneficiar outras gestantes, acrescentar confiabilidade e fidedignidade a estes dados, aumentando a compreensão do impacto que esta atividade pode ter nesta população.

No Brasil, a presença de Doulas nas maternidades ainda está sendo conquistado, mesmo que estas trabalhem de forma voluntária ou contratada pela parturiente. Ainda existe resistência por parte de alguns profissionais, à presença de mais uma pessoa para acompanhar, assistir e dar suporte durante o processo de parir. Muitos profissionais ainda desconhecem a função da doula. Apesar de ser uma profissão que existe desde o século XVII na Europa, no Brasil, é uma profissão pouco reconhecida e sem lugar estabelecido. Mas, mesmo com esse cenário, verificam-se profissionais e instituições que inserem a doula como mais um ator envolvido na proposta de colaborar para o bem-estar e qualidade de vida da gestante e sua família.

Apesar de ter sido verificado neste estudo benefícios para as gestantes, a formação da Doula não é descrita nem monitorada ou supervisionada por nenhum órgão oficial, o que pode gerar dúvida sobre a qualidade e o repertório técnico da profissional que oferece assistência.

Um esclarecimento maior sobre seu papel e suas habilidades, além de um monitoramento de sua prática, poderia ser eficiente para uma maior e mais valorizada inserção no cenário obstétrico. Outra questão relevante foi o escasso volume de publicações envolvendo a prática e a formação da doula, tornando difícil a elaboração desta discussão e o maior esclarecimento para o leitor de seus potenciais e limitações.

Acredita-se que o encontro de mulheres para partilhar sobre a vida em um espaço reservado seja necessário para suas escolhas e empoderamento para a maternidade. Observa-se, pelo crescente movimento (virtual e real) de mulheres, gestantes e mães que tanto a prática da fala quanto da escuta e da troca entre elas são reconfortantes para uma boa experiência materna.

Essa realidade sugere uma lacuna deixada por práticas antigas e que vem sendo negligenciadas em que mulheres da família se encontravam para a partilha do que se refere à experiência sexual, feminina, materna e até mesmo domésticas. Atualmente esta lacuna vem sendo preenchida por profissionais, por grupos especializados, grupos virtuais e aplicativos de celular e mídias digitais. Oferecer espaços de escuta e troca, facilitado por uma doula, além de ser de baixo custo, é uma proposta de promoção de saúde materno-infantil e familiar, sendo eficaz na atenção primária.

## REFERÊNCIAS<sup>1</sup>

- Almeida, L. S. (2007). Mãe, Cuidadora e Trabalhadora: As múltiplas identidades de mães que trabalham. *Revista do Departamento de Psicologia, 19*(2), 411-422.
- Alves, M. C., & Seminotti, N. (2006). O pequeno grupo e o paradigma da complexidade em Edgar Morin. *Psicologia USP, 17*(2), 113-133.
- Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M. & Tambelli, R. (1999) *Maternité et grossesse – Étude des représentations maternelles*. Paris, França: Presses Universitaires de France - PUF.
- Antunes, M. S. C., & Patrocínio, C. (2007). A malformação do bebê: vivências psicológicas do casal. *Psicologia, Saúde & Doenças, 8*(2), 239-251.
- Arrais, A. (2005). *As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante* (Tese de Doutorado, Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília). Recuperado de <http://repositorio.unb.br/handle/10482/14011>.
- Arrais, A. D. R., & Araujo, T. C. C. F. D. (2016). Pré-Natal Psicológico: perspectivas para atuação do psicólogo em Saúde Materna no Brasil. *Revista da SBPH, 19*(1), 103-116.
- Barbosa, R. F., Duarte, C. A. M., & Santos, L. P. (2012). Psicossomática, gestação e diabetes: um estudo de caso. *Psicologia Ciência e Profissão, 32*(2), 472-483.
- Benincasa, M., Romagnolo, A. N., Alves, D. E., & Baccelli, M. (2017). A realidade obstétrica Brasileira: uma revisão na literatura. In A. L. Oliveira & P. F. Castro (Orgs.), *Psicologia: Diversos Olhares* (pp. 61-70). Taubaté, SP: EDUNITAU.
- Benincasa, M., (2017). Cesárea eletiva, violência obstétrica e parto humanizado: o legado destas intervenções para a vida emocional da mãe. *Auxílio à Pesquisa - Pesquisa em Políticas Públicas, FAPESP*. São Bernardo do Campo, SP.
- Bortoletti, F. F., Silva, M. S. C., & Tirado, M. C. B. A. (2007). Psicodinâmica do ciclo gravídico puerperal. In F. F. Bortoletti, A. F. Moron, J. Bortoletti, U. M. Nakamura, R. M. Santana, & R. Mattar (Orgs.), *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar* (pp. 21-31). Barueri, SP: Manole.
- Brasil. Ministério da Saúde (2001). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília, DF: Autor.
- Brasil. Presidência da República (2005). Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. (2005, 08 de abril). Altera a Lei n. 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. *Diário Oficial da União*, p. 1.

---

<sup>1</sup> De acordo com o estilo APA (*American Psychological Association*).

- Brasil. São Paulo (Estado) (1999). Lei estadual n. 10.241, de 17 de março de 1999. (1999, 18 de março). Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, executivo, seção 1.
- Braz, M. P., Dessen, M. A., & Silva, N. L. P. (2005). Relações Conjugais e Parentais: Uma Comparação entre Famílias de Classes Sociais Baixa e Média. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 151-161.
- Bydlowski, M. (2002). O olhar interior da mulher grávida: transparência psíquica e representação do objeto interno. In L. Corrêa Filho, M. H. Corrêa, & P. S. França (Orgs), *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: Saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê* (pp. 205-214). Brasília, DF: LGE.
- Cabral, D. S. R., Martins, M. H. F., & Arrais, A. R. (2012). Grupo de pré-natal psicológico: avaliação de programa de intervenção junto a gestantes. *Encontro: Revista de Psicologia*, 15(22), 53-76.
- Cantilino, A., Zambaldi, C. F., Sougey, E. B., & Rennó Jr, J. (2010). Postpartum psychiatric disorders. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 37(6), 288-294.
- Condon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 66(2), 167-183.
- Cox, J. (1995). *Troubles psychiatriques du post-partum: Aspects socioculturels de la «maladie mentale sévère»*. Comunicação oral no Colóquio Internacional de Psiquiatria Périnatal de Marrocos.
- Cruz, E., Simões, G., & Faisal-Cury, A. (2005). Rastreamento da DPP em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 181-188.
- Davim, R. M. B., & Menezes, R. M. P. (2001). Assistência ao parto normal no domicílio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(6), 62-68.
- Delfino, M. R. R., Patrício, Z. M., Martins, A. S., & Silvério, M. R. (2004). O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4), 1057-1066.
- Devereaux, Y., & Sullivan, H. (2013). Doula support while laboring: does it help achieve a more natural birth?. *International Journal of Childbirth Education*, 28(2), 54-61.
- Dolto, F. (1984). A gênese do sentimento materno: esclarecimento psicanalítico da função simbólica feminina. In F. Dolto, *No jogo do desejo: ensaios clínicos*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Doulas of North America. DONA International. (n.d.). Recuperado de <http://www.dona.org>.
- Fadynha (2003). *A Doula no parto: o papel da acompanhante de parto especialmente treinada para oferecer apoio contínuo físico e emocional à parturiente*. São Paulo, SP: Ground.

- Faria, E. R., Carvalho, F. T., Lopes, R. S., Piccinini, C. A., Gonçalves, T. R., & Santos, B. R. (2014). Gestação e HIV: Preditores da Adesão ao Tratamento no Contexto do Pré-natal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(2), 197-203.
- Ferreira, L. S., Leal, I., & Maroco, J. (2010). Sintomatologia de Couvade e o envolvimento paterno vivenciado durante a gravidez. *Psicologia, Saúde & Doenas*, 11(2), 251-269.
- Ferreira, T. N., Almeida, D. R., Brito, H. M., Cabral, J. F., Marin, H. A., Campos, F. M. C., & Marin, H. C. (2014). A importância da participao paterna durante o pré-natal: percepo da gestante e do pai no município de Cáceres–MT. *Gestão e Saúde*, 5(2), pag-337.
- Figueiredo, B., Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Deeds, O., & Ascencio, A. (2010). Relacionamento conjugal durante a gravidez em mulheres e homens ansiosos e deprimidos. *Psicologia, Saúde & Doenas*, 11(2), 243-250.
- Fleischer, S. (2005). Doulas como “amortecedores afetivos”: Notas etnográficas sobre uma nova acompanhante de parto. *Ciências Sociais Unisino* 41(1): 11-22.
- Flynn, H. A., Walton, M. A., Chermack, S. T., Cunningham, R. M., & Marcus, S. M. (2007). Brief detection and co-occurrence of violence, depression and alcohol risk in prenatal care settings. *Archives of women's mental health*, 10(4), 155-161.
- Frizzo, G. B., & Piccinini, C. A. (2005). Interao mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em estudo. Maringá*, 10(1), 47-55.
- Gomes, A. G., & Piccinini, C. A. (2005). A ultra-sonografia obstétrica e a relao materno-fetal em situaes de normalidade e anormalidade fetal. *Estudos de psicologia (Campinas)*, 22(4), 381-393.
- Gu deney, N., & Jeammet, P. (2001). D pressions postnatales (DPN) et décisions d'orientation thérapeutique. *Devenir*, 13(3), 51-64.
- Gomez, R., & Leal, I. (2007). Vinculao parental durante a gravidez: versão portuguesa da forma materna e paterna da antenatal emotional attachment scale. *Psicologia, Saúde e Doenas*, 8(2), 153-165.
- Golse, B. (2002). Depressão do bebê, depressão da mãe: conceito de psiquiatria perinatal. In L. Corrêa Filho, M. H. Corrêa, & P. S. Frana (Orgs), *Novos Olhares Sobre a Gestao e a Criana at  os 3 anos: Saúde perinatal, educao e desenvolvimento do beb * (pp. 232-248). Brasília, DF: LGE.
- Green, J., & Hotelling, B. A. (2014). Healthy birth practice# 3: Bring a loved one, friend, or doula for continuous support. *The Journal of perinatal education*, 23(4), 194-197. doi:10.1891/1058-1243.23.4.194.
- Gruber, K. J., Cupito, S. H., & Dobson, C. F. (2013). Impact of doulas on healthy birth outcomes. *The Journal of perinatal education*, 22(1), 49.

- Grupo de Apoio à Maternidade Ativa. (2015). *Apostila do curso de formação de Doulas pós-parto* [versão digital].
- Hamilton, J. G., & Lobel, M. (2008). Types, patterns, and predictors of coping with stress during pregnancy: Examination of the Revised Prenatal Coping Inventory in a diverse sample. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(2), 97-104.
- Hutz, C. S., & Zanon, C. (2011). Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. *Avaliação Psicológica*, 10(1), 41-49.
- Kozhimannil, K. B., Hardeman, R. R., Attanasio, L. B., Blauer-Peterson, C., & O'Brien, M. (2013). Doula care, birth outcomes, and costs among Medicaid beneficiaries. *American journal of public health*, 103(4), e113-e121.
- Kozhimannil, K. B., Hardeman, R. R., Alarid-Escudero, F., Vogelsang, C. A., Blauer-Peterson, C., & Howell, E. A. (2016). Modeling the Cost-Effectiveness of Doula Care Associated with Reductions in Preterm Birth and Cesarean Delivery. *Birth*, 43(1), 20-27.
- Krans, E. E., Davis, M. M., & Schwarz, E. B. (2013). Psychosocial risk, prenatal counseling and maternal behavior: findings from PRAMS, 2004-2008. *American journal of obstetrics and gynecology*, 208(2), 141.e1-141.e7.
- Krob, A. D., Piccinini, C. A., & Silva, M R. (2009). A transição para a paternidade: da gestação ao segundo mês de vida do bebê. *Psicologia USP*. 20(2):269-291.
- Jones, R. (2002). Entrevista concedida ao grupo Doulas do Brasil, Porto Alegre. Disponível em <<http://www.doulas.com.br/art12.html>>
- Leão, M. R. C. (2000) “*Tendo uma pessoa do lado, a gente fica muito mais forte... a dor até diminuir*”: estudo etnográfico sobre parturientes acompanhadas por “doulas” (Dissertação de mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Maldonado, M. T. P. (1976). *Psicologia da Gravidez*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Maldonado, M. T. P. (2002). *Psicologia da Gravidez – parto e puerpério* (16a ed). São Paulo, SP: Saraiva.
- Maldonado, M. T. P., Nahoum, J. C., & Dickstein, J. (1981). *Nós estamos grávidos*. Rio de Janeiro, RJ: Bloch.
- Martinez, A. L., & Barbieri, V. (2011). A experiência da maternidade em uma família homoafetiva feminina. *Estudos de Psicologia*, 28(2), 175-185.
- Mazet, P., & Rosenblum, O. (2002). Psychologie: Bébés et mères déprimées. *Soins Pédiatrie/puériculture*, (205), 31-34.

- Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. (2014). *Cadernos HumanizaSUS: Humanização do parto e do nascimento* (Vol. 4). Brasília, DF: Autor. Recuperado de [http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizasus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf)
- Minnes, S., Singer, L. T., Humphrey-Wall, R., & Satayathum, S. (2008). Psychosocial and behavioral factors related to the post-partum placements of infants born to cocaine-using women. *Child abuse & neglect*, 32(3), 353-366.
- Nascimento, M. J. (2003). Preparar o nascimento. *Análise psicológica*, 21(1), 47-51.
- Nogueira, J. R. D. F., & Ferreira, M. (2012). O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebê. *Referência-Revista de Enfermagem*, 3(8), 57-66.
- Organização Mundial da Saúde. (1996). *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra, Suíça: Autor.
- Piccinini, C. A., Carvalho, F. T. D., Ourique, L. R., & Lopes, R. S. (2012). Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(1), 27-33.
- Samorinha, C., Figueiredo, B., & Cruz, J. M. (2009). Vinculação pré-natal e ansiedade em mães e pais: impacto da ecografia do 1º trimestre de gestação. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(1), 17-29.
- Santos, M. F. D., Martins, F. C., & Pasqual, L. (1999). Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica (São Paulo, Impr.)*, 26(2), 90-95.
- Scavone, L. (2001). Maternidade: Transformações na família e nas relações de gênero. *Interface: comunicação, saúde e educação*, 5(8), 47-60.
- Scavone, L. (2002). A maternidade e o feminino: Dialogo entre as ciências sociais. *Caderno Pagu*, 16, 137-150.
- Schwengber, D. D. S., & Piccinini, C. A. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, 8(3), 403-411.
- Serrurier, C. (1993). *Elogio às mães más*. São Paulo, SP: Summus.
- Simkin, P. (1989). *The birth partner: everything you need to know to help a woman through childbirth*. Boston, MA: The Harvard Common Press.
- Souza, K. R. F., & Dias, M. D. (2010). História oral: a experiência das doulas no cuidado à mulher. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(4), 493-499.
- Souza, I. F., Teixeira, K. M., Loreto, M. D., & Bartolomeu, T. G. (2011). "... Não tem jeito de acordar hoje e dizer: hoje eu não vou ser mãe!": Trabalho, Maternidade e Redes de Apoio. *Oikos. Revista de Economia Doméstica*, 22(1), 46-63.

- Spyridou, A., Schauer, M., & Ruf-Leuschner, M. (2015). Obstetric care providers are able to assess psychosocial risks, identify and refer high-risk pregnant women: validation of a short assessment tool—the KINDEX Greek version. *BMC pregnancy and childbirth*, 15(1), 41.
- Wagner, A. (2002). Possibilidades e Potencialidades da Família: a construção de novos arranjos a partir do recasamento. In A. Wagner (Org.). *Família em cena: tramas, dramas e transformações* (pp.23-38). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Zimmerman, D. E., & Osório, L. C. (1997). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Zinga, D., Phillips, S. D., & Born, L. (2005). Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la?. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(Suppl. 2), s56-s64.

## ANEXOS

### Escala de Autoestima de Rosenberg

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

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

Observação: Os itens 3, 5, 8, 9 e 10 devem ser invertidos para calcular a soma dos pontos

## QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

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

Local de Aplicação: \_\_\_\_\_

### I. DADOS PESSOAIS

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

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

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

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

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

6. Relacionamento estável à:

_____	Anos	_____	Meses
_____	Semanas	_____	Dias

7. Estado Civil:

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

8. Cor:

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

9. Quem mora com você:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**II. DADOS OCUPACIONAIS / FINANCEIROS****10. Escolaridade:**

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

**11. Profissão:** \_\_\_\_\_**12. Ocupação Atual:** \_\_\_\_\_**13. Renda:**

- |                               |     |   |     |
|-------------------------------|-----|---|-----|
| a) Nenhuma                    | ( ) | b) Igual ou inferior a 1 salário mínimo | ( ) |
| c) De 1 a 3 salários mínimos  | ( ) | d) De 3 a 5 salários mínimos            | ( ) |
| e) De 6 a 10 salários mínimos | ( ) | f) Mais de 10 salários mínimos          | ( ) |

Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS)

Nome:

Data:

Idade do bebê:

Pontuação:

Aplicador da escala:

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

Nos últimos 7 dias:

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

Tanto como antes

Menos do que antes

Muito menos do que antes

Nunca

2. Tenho tido esperança no futuro.

Tanta como sempre tive

Menos do que costumava ter

Muito menos do que costumava ter

Quase nenhuma

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

Sim, na maioria das vezes

Sim, algumas vezes

Raramente

Não, nunca

4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo.

Não, nunca

Quase nunca

Sim, por vezes

Sim, muitas vezes

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

Sim, muitas vezes

Sim, por vezes

Não, raramente

Não, nunca

6. Tenho sentido que são coisas demais para mim.

Sim, na maioria das vezes não consigo resolvê-las

Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes

Não, na maioria das vezes resolvo-as facilmente

Não, resolvo-as tão bem como antes

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

Sim, quase sempre

Sim, por vezes

Raramente

Não, nunca

8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz.

Sim, quase sempre

Sim, muitas vezes

Raramente

Não, nunca

9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro.

Sim, quase sempre

Sim, muitas vezes

Só às vezes

Não, nunca

10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma.

Sim, muitas vezes

Por vezes

Muito raramente

Nunca

EPDS – Orientações para cotação.

As respostas são cotadas de 0, 1, 2 e 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas. As questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são cotadas inversamente (3, 2, 1, 0). Cada item é somado aos restantes para obter a pontuação total. Uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade. A EPDS foi desenhada para complementar, não para substituir, a avaliação clínica.

Adaptado de:

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 150(6), 782-786.

Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J. M., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, 26(1), 135-141.

Cepêda, T., Brito, I., & Heitor, M. J. (2006). *Promoção da saúde mental na gravidez e primeira infância: manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa, Portugal: Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde.

UNIVERSIDADE METODISTA  
DE SÃO PAULO - UMESP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

**Pesquisador:** MIRIA BENINCASA GOMES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 59814916.9.0000.5508

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

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.776.015

#### Apresentação do Projeto:

Os pesquisadores estão envolvidos em diversos projetos sobre Humanização do Parto e Violência Obstétrica, verificando o legado destas experiências para a vida emocional e relacional da mãe. Independentemente do parto, existem experiências no período de pós-parto que se repetem no discurso da grande maioria das mulheres e podem ser considerados durante a gestação. Visando desenvolver um modelo multidisciplinar de Assistência à Gestante, como já acontece em outros países, serão utilizados instrumentos de avaliação e três modelos de intervenção psicológica, para compará-los e descobrir qual teria mais eficácia em prevenir os problemas no pós-parto.

#### Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos deste estudo são:

- a) reduzir o sofrimento psicológico no período de pós-parto
- b) avaliar mulheres nos períodos de gestação e pós-parto;
- c) desenvolver um modelo de Assistência à Gestante multidisciplinar, chamado Pré-Natal Integral;
- e) comparar os resultados das participantes entre as diferentes modalidades de assistência (PNP, PNC e PNI) e grupo controle, buscando verificar eficácia destes modelos.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Todas as participantes serão beneficiadas por atendimentos clínicos e gratuitos, sejam eles

**Endereço:** DO SACRAMENTO, 230

**Bairro:** RUDGE RAMOS

**CEP:** 09.640-000

**UF:** SP

**Município:** SAO BERNARDO DO CAMPO

**Telefone:** (11)4366-5814

**E-mail:** cometica@metodista.br

UNIVERSIDADE METODISTA  
DE SÃO PAULO - UMESP



Continuação do Parecer: 1.776.015

psicológicos (PNP), médicos (PNC), ou equipe multidisciplinar (PNI), com atendimentos médicos, psicológicos, com obstetrix e doula. Para o Grupo Controle, de gestantes que não terão esses atendimentos (apenas palestras e atividades coletivas no Santuário de Aparecida), será oferecido grupo de apoio ao pós-parto pela equipe de pesquisadores. Os riscos são mínimos, envolvendo o desconforto de gasto de tempo em realizar os testes e entrevista. Os testes e escalas são descritos no projeto. O sigilo é garantido, assim como direito a devolutiva, indenização e acolhimento psicológico caso necessário.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Este estudo será uma pesquisa-ação, ou seja, um modelo de pesquisa que se encontra entre a investigação científica e a prática técnica. Serão realizados 15 grupos de atendimentos a gestantes, onde cada grupo contará com um número mínimo de quatro e máximo de dez integrantes; além do grupo controle. O número total de participantes será entre 100 e 250, havendo critérios de inclusão e exclusão bem claros. Este estudo pretende propor um modelo de atendimento em grupo que possa ser realizado nos dispositivos de saúde de atenção básica do Sistema Único de Saúde.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram apresentados adequadamente.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após leitura e análise do projeto e exame criterioso de todos os itens que compõem os documentos do Protocolo de Pesquisa, incluindo os itens presentes no Roteiro de Checagem para o parecerista e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido nada foi constatado no processo que fira os princípios e normas da ética em pesquisa.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP-UMESP considera o projeto de pesquisa APROVADO, lembrando que a condição de aprovação da pesquisa propriamente dita exige o que segue:

- Que sejam encaminhados ao CEP-UMESP relatórios anuais sobre o andamento da pesquisa (parciais e finais);
- Que sejam notificados ao CEP-UMESP eventos adversos que tenham ocorrido no curso da pesquisa e que sejam significativos do ponto de vista ético e metodológico;
- Que sejam notificadas eventuais emendas e modificações no protocolo de pesquisa.

**Endereço:** DO SACRAMENTO, 230  
**Bairro:** RUDGE RAMOS **CEP:** 09.640-000  
**UF:** SP **Município:** SAO BERNARDO DO CAMPO  
**Telefone:** (11)4366-5814 **E-mail:** cometica@metodista.br

**UNIVERSIDADE METODISTA  
DE SÃO PAULO - UMESP**



Continuação do Parecer: 1.776.015

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_782798.pdf	12/09/2016 15:16:09		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Responsabilidade_Pesquisador.pdf	12/09/2016 15:15:22	MIRIA BENINCASA GOMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PNP_PNI.docx	12/09/2016 15:12:50	MIRIA BENINCASA GOMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PNC.docx	12/09/2016 15:12:39	MIRIA BENINCASA GOMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GControle.docx	12/09/2016 15:12:26	MIRIA BENINCASA GOMES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PNP_PNC_PNI.docx	12/09/2016 15:08:16	MIRIA BENINCASA GOMES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Cop_Parto_Equilibrio.pdf	12/09/2016 15:03:36	MIRIA BENINCASA GOMES	Aceito
Folha de Rosto	PNP_PNI_Folha_de_rosto.pdf	05/09/2016 09:16:30	MIRIA BENINCASA GOMES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Cop_Casita.pdf	30/08/2016 08:44:32	MIRIA BENINCASA GOMES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Cop_Santuário.pdf	26/08/2016 18:22:15	MIRIA BENINCASA GOMES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO BERNARDO DO CAMPO, 15 de Outubro de 2016

\_\_\_\_\_  
**Assinado por:**  
**Dario Paulo Barrera Rivera**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** DO SACRAMENTO, 230  
**Bairro:** RUDGE RAMOS **CEP:** 09.640-000  
**UF:** SP **Município:** SAO BERNARDO DO CAMPO  
**Telefone:** (11)4366-5814 **E-mail:** cometica@metodista.br