

Alessandra da Rocha Arrais

Universidade Católica de Brasília - UCB
arraais@ucb.br

Daniela Silva Rodrigues Cabral

Universidade Católica de Brasília - UCB
danielacabral@pop.com.br

Maria Helena de Faria Martins

Universidade Católica de Brasília - UCB
helenafaria@gmail.com

Anhanguera Educacional Ltda.

Correspondência/Contato
Alameda Maria Tereza, 4266
Valinhos, São Paulo
CEP 13.278-181
rc.ipade@aesapar.com

Coordenação
Instituto de Pesquisas Aplicadas e
Desenvolvimento Educacional - IPADE

Artigo Original
Recebido em: 14/10/2011
Avaliado em: 30/04/2012

Publicação: 27 de setembro de 2012

GRUPO DE PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO

Avaliação de programa de intervenção junto a gestantes

RESUMO

Este artigo apresenta uma comparação entre pré-natal psicológico e pré-natal tradicional, analisando as percepções de dois grupos de mulheres grávidas: um composto pelas participantes de um grupo de pré-natal psicológico; o outro por mulheres não participantes. Entrevistas estruturadas permitiram a análise do conteúdo dos relatos desses grupos, definindo-se eixos temáticos relacionados aos aspectos emocionais e à vivência das mulheres no período perinatal. Foi possível analisar a repercussão do trabalho preventivo do psicólogo nesse processo, bem como explicitar as demandas específicas do ciclo gravídico-puerperal. Como resultado, o pré-natal psicológico pode configurar-se como um espaço importante de apoio às mulheres, para a 'escuta' e a troca de experiências, com a mediação do psicólogo da saúde nas relações de comunicação e interação entre casal, família e equipe médica.

Palavras-Chave: pré-natal psicológico; grupo de gestantes; puerpério.

ABSTRACT

This paper compares traditional prenatal and psychological-prenatal care, and analyzes the differences between two groups of pregnant women: one group composed of women participating in psychological-prenatal care, and another one composed of non-participating women. The present study followed a group of women who participated in a pre-natal psychological group in a private hospital in Brasilia in 2007. Structured interviews were conducted and the contents analyzed according to the content analysis method, grouped by themes related to the emotional aspects and to the women's experience during the perinatal period. It was also possible to analyze the impact of psychologist work in preventive actions, as well as the specific detailed demands of the pregnancy-puerperal cycle. Thus, the study concluded that psychological-prenatal care represents an important support network for women. It enables them to connect and exchange experiences assisted by trained mediators and also support them in the communication and interaction between couples, family and medical team.

Keywords: psychological prenatal; pregnancy group; puerperium.

1. INTRODUÇÃO

Durante a gravidez, o parto e o pós-parto a mulher passa por intensas transformações fisiológicas, psicológicas, sociais e familiares, que representam uma das fases mais suscetíveis e vulneráveis a crises psíquicas, configurando um momento ímpar na vida da gestante, do pai e do bebê. Arrais (2005) esclarece que apesar das alegrias e das expectativas em torno da maternidade e da paternidade, as tarefas podem ser mais difíceis do que se imagina, considerando a transformação que o nascimento do bebê provocará na vida pessoal da mulher, em seu relacionamento com o marido, com seus pais e com familiares e consigo mesma. Frequentemente também podem ocorrer complicações no relacionamento com seus outros filhos, além de alterações dos sentimentos destes entre si (WINNICOTT, 2006).

Considerando essas questões, a abordagem do pré-natal psicológico se propõe a criar um espaço para ouvir e falar sobre as mudanças emocionais e sociais, acolhendo as demandas relacionadas a essa fase (BORTOLETTI, 2007). As informações e esclarecimentos que um psicólogo especializado pode propiciar acerca das mudanças às quais a gestante e o casal estarão submetidos são imprescindíveis para enfatizar os pontos emocionais e psíquicos desse período específico. Isso representa uma importante contribuição social, visto que interfere diretamente na qualidade da saúde física e psicológica da mãe, na adaptação da relação conjugal e familiar, e no adequado desenvolvimento do bebê.

Cientes de que o pré-natal tradicional se ocupa prioritariamente das questões fisiológicas da gestação, com sua maior preocupação voltada para a saúde física da mãe e do bebê, o pré-natal psicológico - que ainda é pouco difundido - objetiva minimizar a lacuna existente nesse período e permitir um atendimento integral para a mãe-pai-bebê.

Assim, com o intuito de avaliar os impactos diferenciais do pré-natal psicológico como um programa de intervenção benéfico junto a gestantes, analisou-se o estado emocional e a vivência de mulheres que participaram de um grupo de pré-natal psicológico durante seu ciclo gravídico-puerperal, comparando essas vivências com aquelas mulheres que, embora também estivessem no mesmo ciclo, passaram apenas pelos procedimentos do pré-natal tradicional.

De acordo com o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), no Brasil o pré-natal tradicional deve cumprir o número mínimo de seis consultas médicas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre. As consultas visam acompanhar a mulher, no ciclo grávido-

puerperal, e devem ser iniciadas o mais precocemente possível, encerrando-se apenas após o 42º dia de puerpério, com atenção especial para prevenção de riscos perinatais e as intercorrências clínico-obstétricas tais como: trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, óbito fetal, entre outros.

Além das consultas do pré-natal tradicional, observa-se que muitas instituições de saúde públicas e privadas oferecem cursos intensivos para as gestantes, com o seguinte formato geral: número de encontros previamente definidos, em média de um a três dias, ofertados em meio período, com cronograma teórico preestabelecido, no modelo de aula expositiva e com pouca interação entre os participantes. O curso geralmente é ministrado por enfermeiras que apresentam questões relativas aos tipos de parto, sintomas gerais do trabalho de parto, rotina da instituição e procedimentos pediátricos no momento do parto, UTI neonatal, amamentação, cuidados com o bebê, primeiras vacinas etc. Em alguns cursos há presença de outros profissionais como nutricionistas, obstetras, neonatologistas, pediatras e psicólogos, porém sem que haja uma estratégia específica de integração entre esses profissionais, que geralmente abordam apenas os aspectos pertinentes à sua área de atuação.

Diante dessa realidade, o pré-natal psicológico se propõe a ser uma abordagem diferenciada de atendimento, ainda pouco encontrada em serviços de obstetrícia, de forma a complementar os aspectos discutidos nos cursos de gestantes e no pré-natal tradicionalmente realizado pelo médico. Trata-se de uma abordagem terapêutica e preventiva com a finalidade de acompanhar as gestantes e casais grávidos, oferecer apoio emocional, orientar na elaboração do plano de parto, e orientar questões mais complexas que podem surgir no período gravídico-puerperal, as quais serão discutidas adiante.

2. A ABORDAGEM DO GRUPO DE PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO

O atendimento em grupo de gestantes, voltado apenas para mulheres ou para casais, é o principal instrumento do pré-natal psicológico, permitindo compartilhar uma mesma situação de vida - a gravidez - com as inquietações também comuns entre mulheres e casais, de forma a possibilitar a criação de um espaço de apoio mútuo. A composição do grupo e a frequência nas sessões variam de acordo com as características do contexto em que o grupo se realiza - instituição pública ou privada, consultório de psicologia ou de médicos (BORTOLETTI, 2007).

Nesses grupos o número de sessões é geralmente pré-fixado, e a estrutura é diferenciada, uma vez que a coordenação fica sob responsabilidade de um psicólogo, que

atua como facilitador na criação de um espaço para a troca de experiências, e no qual os participantes são encorajados a expressar e a compartilhar seus conhecimentos, angústias, ansiedades, culpas, ambivalências, e outros assuntos que contemplam as diferenças e as identificações entre eles (MALDONADO, 2003).

Entendido dessa forma, o pré-natal psicológico não se restringe ao atendimento de gestantes e casais que estejam passando por crises emocionais, mas a todos que tenham interesse em compreender ou aprimorar essa nova identidade familiar, uma vez que a construção do vínculo entre mãe-bebê-pai demanda tempo e elaboração (ARRAIS, 2005).

As reflexões acerca dessas experiências ajudam os pais a desenvolver confiança em sua própria percepção e sensibilidade, dando-lhes autonomia, chamando a atenção para a importância do apoio familiar, social e profissional, e oferecendo apoio emocional e suporte cognitivo imediato (BORTOLETTI, 2007), além de desmitificar representações sociais da maternidade e da paternidade que estão fortemente ancorados em estereótipos de gênero (ARRAIS, 2005).

As mulheres – e casais – que buscam um acompanhamento especializado por meio do grupo de pré-natal psicológico são estimuladas a refletir sobre seus medos em relação à gestação, ao parto e pós-parto, sobre os mitos em torno da maternidade, sobre as dificuldades e exigências em aceitar o papel de mãe ou pai e a adotar uma postura mais ativa diante das recomendações médicas, a seguir uma alimentação adequada, a praticar atividades físicas, a conhecer os principais sinais do trabalho de parto, os tipos de parto e seus aspectos favoráveis e desfavoráveis, e a analisar criticamente alguns procedimentos médicos indicados (tricotomia, episiotomia, enema etc.), bem como aspectos ligados à amamentação e ao desmame gradual, entre outros.

3. ASPECTOS AFETIVO-FAMILIARES NO GRUPO DE PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO

Um dos temas prioritariamente estimulados no pré-natal psicológico trata da participação do pai em todo o ciclo gravídico-puerperal, pois nas nossas sociedades – de modelo ocidental – vivenciamos um processo no qual os homens estão cada vez mais envolvidos com o nascimento e com a criação dos filhos, ultrapassando a imagem do pai como apenas provedor material da família, ou muitas vezes ausente. Com isso o pai passa a ter um importante papel em relação aos cuidados voltados ao bebê, no plano emocional e na própria relação familiar, com um reconhecimento especial de sua participação desde a gestação até o pós-parto.

Cabe mencionar que durante esse estudo participamos de alguns cursos para gestantes em instituições públicas e privadas de Brasília, o que nos permitiu observar que a lei federal que permite à mulher ser acompanhada durante o parto é melhor cumprida nos hospitais privados. Já nos hospitais públicos, a lei não é integralmente cumprida, havendo certa resistência em permitir o acompanhante no momento do parto sob a alegação de que, por vezes, o pai poderia atrapalhar os procedimentos - passar mal, ficar nervoso, dar palpites, fazer cobranças etc. Em algumas situações era “sugerido” por integrantes da equipe do hospital que a gestante escolhesse um acompanhante feminino, visto que o ambiente hospitalar não oferecia privacidade às outras gestantes, ou então, condicionavam a presença do pai “somente se ele participasse do curso para gestantes junto com a esposa” (Curso para gestantes, 2008)¹.

É importante lembrar que houve uma época em que os pais raramente entravam na sala de parto, situação alterada com a publicação da Lei 11.108/2005, que garante que às parturientes tenham o direito à presença de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Mas, esta nova regulamentação acabou por criar, no limite, uma situação oposta, em que a mulher, a família ou até mesmo o círculo social de amigos criam uma expectativa que praticamente obriga o pai a assistir ao parto, desconsiderando sua vontade, e forçando-o a passar por uma experiência, por vezes, constrangedora, angustiante e/ou involuntária.

Assim o “homem grávido” pode encontrar-se em situação tão específica quanto àquela da mulher: carecer de apoio para poder expressar seus medos, anseios e inseguranças (com quem poderá falar que também tem medo do parto, que às vezes imagina coisas terríveis acontecendo com a mulher ou com o bebê? Que sente ciúmes do filho, pois ficou em segundo plano?). Em alguns casos, o homem recorre a mecanismos de fuga, mergulhando no trabalho ou em relações extraconjugais, com reflexos sobre a situação fragilizada do período de gestação, parto e pós-parto. Por essas razões, muitas vezes eles se sentem sozinhos em suas vivências, imaginando que esses pensamentos, fantasias e temores tão estranhos não passam com mais ninguém. A reflexão sobre os mitos, a expressão e o compartilhar de sentimentos censurados em clima de aceitação e compreensão trazem um grande alívio a essas pessoas (MALDONADO, 2003), e o grupo do pré-natal psicológico pode propiciar esse importante espaço para o acolhimento das demandas.

¹ Curso para gestantes (2 de fevereiro/2008). Comunicação oral apresentada em um hospital público, em Brasília.

Conforme a pesquisa realizada por Piccinini, Silvia, Lopes, Gonçalves e Tudge (2004), que buscou avaliar e descrever o envolvimento paterno na gestação, a participação do pai não se resume a acompanhar a esposa em consultas, mas exige também um envolvimento emocional que inclui: a participação nas atividades da gestante, nos preparativos para chegada do bebê, compartilhando as angústias, fantasias, idealizações e dúvidas, que são dimensões significativas para um bom desenvolvimento do apego materno ao bebê, da relação pai-bebê e da relação mãe-pai-bebê. Nos casos em que o pai está presente nas consultas pré-natais, no momento do parto, na consulta pós-parto e nos cuidados junto ao bebê e à própria puérpera, têm sido percebidas mudanças positivas no envolvimento e na auto-imagem da paternidade, que é demonstrada pela maior participação na educação dos filhos e melhora na relação familiar (BERTHERAT, 1997).

Outra importante preocupação refere-se à fase do puerpério, período relativo aos primeiros dias após o parto, que são de intensa emoção: alívio ao ver o filho saudável, tranquilidade em ter “sobrevivido” ao parto, desconforto em função das dores (principalmente nos casos de intervenção cirúrgica), fragilidade (se conseguirá amamentar ou cuidar bem do bebê – principalmente quando é o primeiro filho), ansiedade quando não reconhece a necessidade do filho que chora sem cessar, cansaço físico, necessidade de apoio do marido e/ou família, falta de tempo e privacidade para se cuidar ou estar com o marido. Esta fase de adaptação exige muito da mulher/casal, sendo que o tipo de apoio, e os recursos emocionais e psíquicos envolvidos, podem influenciar positiva ou negativamente na adaptação.

Nessa fase também é importante orientar a mulher sobre como o bebê é sensível à maneira como é manuseado pela mãe e que o contato físico entre eles (olhar, acariciar, falar, nutrir), favorece a consolidação do vínculo, pois ele reage a todos os estímulos aos quais é exposto. Assim, torna-se fundamental o trabalho do psicólogo no acompanhamento das emoções e comportamentos da mãe no pós-parto, permitindo um espaço de confiança no qual ela tenha liberdade de expressar como de fato está se sentindo, e permitindo ao profissional reconhecer e diferenciar patologias que podem surgir com frequência, tais como o baby blues, a depressão pós-parto, e a psicose puerperal. O baby blues (um estado considerado normal após o parto) é uma forma mais leve dos quadros de depressão, também conhecida por tristeza materna, que se caracteriza por um estado de hipersensibilidade, sendo seus sintomas mais comuns: insônia, choro fácil, tristeza, irritabilidade e falta de energia, que surgem logo após o parto e duram por volta de duas semanas, desaparecendo espontaneamente sem causar prejuízos à mãe ou à relação mãe-bebê (ARRAIS, 2005). Em relação à depressão pós-parto (cuja duração é maior que o baby blues e pode ter os sintomas agravados ao longo do

tempo), a intervenção psicológica visa compreender as emoções, sentimentos, fantasias e temores decorrentes desse período de transição para aliviar as ansiedades presentes (ARRAIS, 2005). A psicose puerperal é uma manifestação da depressão pós-parto exacerbada, que se caracteriza pelo repúdio total ao bebê: a mãe não quer vê-lo, aterroriza-se com ele, permanece triste, afastada, ausente, sofre de insônia, inapetência, descuida-se da própria aparência. Muitas vezes, refere-se a alucinações auditivas, ou exprime ideias delirantes (ARRAIS, 2005).

Entre os fatores que podem influenciar na vivência do puerpério ainda é preciso considerar a questão concernente ao tipo de parto desejado pela mãe: para além de uma simples tarefa de esclarecimento sobre as diferenças entre o parto normal e a cesariana, o pré-natal psicológico valoriza a elaboração do conceito de “parto escolhido”, ou seja, a gestante é estimulada a se colocar na posição de protagonista de sua história gestacional até no momento do parto. Dessa forma, se supera a dimensão unicamente técnica de uma escolha acerca do tipo de parto, e dos aspectos fisiológicos da gravidez, conferindo-se importância ao envolvimento emocional da mãe, que passa a perceber a equipe obstétrica – que inclui o psicólogo – de forma diferenciada, mais próxima e acolhedora.

O intercruzamento desses fatores, desde o bom exercício da paternidade, até a definição autônoma e comprometida pelo tipo de parto, será essencial para uma eventual necessidade de recuperação de uma mãe deprimida, além de contribuir para a redução das chances do desenvolvimento da depressão pós-parto (ARRAIS, 2005). Nesse sentido a construção de uma rede de apoio à mulher também no grupo do pré-natal psicológico é um dos aspectos fundamentais para prevenir as ocorrências mórbidas que geralmente resultam do fato de que a maioria das gestações, embora desejadas, não são planejadas, e que muitas mulheres se sentem inseguras quanto a conseguirem ser boas mães, gerenciarem as mudanças na rotina de sua vida pessoal e social, estabelecerem novas prioridades, interromperem ou adiaem planos profissionais ou acadêmicos, mudarem de papel social (sua nova identidade de mãe) etc. Ao discutir e aprofundar essas questões junto às gestantes e aos casais grávidos, o grupo de pré-natal psicológico revela-se um instrumento capaz de potencializar a elaboração de identidades renovadas em relação à futura parentalidade², favorecendo o amadurecimento emocional diante da perspectiva de um grupo familiar ampliado, e a compreensão da situação de eventual fragilidade – física e emocional - da mulher diante dos desafios e dificuldades desse “novo mundo” da maternidade.

² De acordo com Solis-Ponton (2004) o termo parentalidade foi idealizado pelo psiquiatra e psicanalista Paul-Claude Recamier, em 1961, surgido da união dos vocábulos maternalidade e paternalidade.

4. METODOLOGIA DA PESQUISA: PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA

Este estudo origina-se das conclusões intermediárias da pesquisa “A parentalidade em questão: desafios para atuação”³, aqui denominada “pesquisa-mãe”, cuja opção metodológica enquadra-se na proposta de pesquisa-ação, que de acordo com Thiollent pode ser definida como:

[...] um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. (THIOLLENT, 1988, p.14)

Essa definição revela um método de pesquisa social na qual o pesquisador aborda um problema especificamente articulado com seu meio social ou profissional, incorporando a dimensão das práticas à conceituação teórica na busca de sua compreensão sistemática e na indicação de possíveis soluções.

Nesse sentido, a presente pesquisa buscou articular a observação do grupo de gestantes com a participação nas atividades propostas ao longo do período de acompanhamento, visando entender as relações estabelecidas entre esse grupo e a equipe de profissionais de saúde, e avaliar as possibilidades de intervenção positiva nesse processo, sendo portadora também de um objetivo emancipatório e transformador da realidade.

Thiollent (1988) também afirma que a pesquisa-ação é uma metodologia que apresenta três fases: primeiro elabora um diagnóstico da situação, depois propõe uma intervenção e implantação, e finalmente avalia a intervenção realizada. É precisamente nessa última fase que a presente pesquisa está inserida, uma vez que se propõe a avaliar o grupo de pré-natal psicológico implantado e desenvolvido em um hospital particular de Brasília, ao longo do ano de 2007, que contou com a colaboração de 10 mulheres (dentre as quais nove esperavam o primeiro filho e uma esperava pelo segundo filho), com idades entre 19 e 41 anos, sendo a idade média de 27,44 anos (dp=6,16). Todas eram casadas, se autotransferiam como pertencentes à classe média ou classe média-alta, e residentes no Distrito Federal. Três delas tinham o ensino médio, três o superior incompleto e quatro o diploma superior. Cinco delas não trabalhavam e cinco tinham atividade remunerada. Elas se encontravam em diferentes idades gestacionais, variando de 10 a 28 semanas de gestação (na data em que preencheram o perfil gestacional). Foram divididas em dois

³ Pesquisa coordenada pela professora Alessandra da Rocha Arrais, entre 2007 e 2009, na Universidade Católica de Brasília - UCB, na área de psicologia da Saúde, classificada no Sistema WebGep na subárea: “Estado, família, comunidade e saúde”. Disponível em: <<http://www2.ucb.br/portal/visualizaInformacoesProjeto.do?id=1435>>.

grupos de cinco mulheres cada: o Grupo P - as que participaram do grupo de pré-natal psicológico: Ana, 27 anos; Bete, 25 anos; Cida, 41 anos; Dalva, 26 anos; Elza, 29 anos e o Grupo NP - formado por aquelas que não aderiram a este trabalho: Fernanda, 30 anos; Glória, 20 anos; Helô, 29 anos; Íris, 19 anos; Júlia, 31 anos (nomes fictícios).

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas individuais, em 2007, apoiadas em questionários estruturados contendo perguntas de múltipla escolha e perguntas abertas, aplicado diretamente pelas equipes de pesquisadores no momento da primeira participação das gestantes no grupo de pré-natal. O formulário gestacional apresentava questões relativas aos dados sociodemográficos da família, o histórico da gestação (atual e anteriores), o relacionamento com redes de saúde (intervenções etc.), apoio à maternidade, histórico de acompanhamento de gestações, entre outros.

Além dos questionários de definição de perfil (gestacional e puerperal), ao final do acompanhamento (após o nascimento do bebê), as 10 participantes também foram submetidas à Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo/EDPDS, desenvolvida na Escócia e traduzida e validada por Santos (1999), com o objetivo de auxiliar o rastreamento da depressão pós-parto. Trata-se de uma escala auto-aplicável, constando de 10 itens, divididos em quatro graduações (0 a 3), cujo objetivo é medir a presença e a intensidade de sintomas depressivos. A somatória dos pontos perfaz escore de 30, sendo considerado de sintomatologia depressiva o ponto de corte acima de 12 pode indicar os casos de DPP que necessitem ser encaminhados ao profissional de saúde mental para avaliar com maior rapidez os riscos envolvidos (SANTOS; MARTINS; PASQUALI, 1999). Assim, os instrumentos utilizados podem ser sintetizados da seguinte maneira:

- 1) Perfil gestacional: dados sociodemográficos (dados pessoais, onde reside, trabalha), história da gestação atual (tempo gestacional, alguma intercorrência), rede social de apoio e história de gestações anteriores (tipo de parto, aborto etc.). Elaborado e aplicado no contato inicial das gestantes com a equipe da pesquisa-mãe.
- 2) Perfil puerperal: dados sobre o parto (data e local do nascimento do filho, tipo de parto realizado, coincidência entre parto realizado e pretendido), acompanhante no parto (se teve e quem), amamentação (se houve dificuldades/quais e o estado de saúde do bebê), principais mudanças decorrentes do nascimento do bebê, estados emocionais neste período, rede social de apoio (apoio emocional, apoio financeiro, apoio nos cuidados com o bebê, acompanhamento psicológico) e representação do ser mãe após o nascimento do bebê. Elaborado e aplicado às mães pela equipe da pesquisa-mãe e pelas atuais pesquisadoras.
- 3) Escala COX - Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo/EDPDS - Edinburgh Postnatal Depression Scale : aplicada na fase puerperal (até 60 dias após o parto) com o objetivo de analisar sintomas psíquicos como humor depressivo (sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimentos de culpa, ideias de morte ou suicídio), perda do prazer em atividades

anteriormente consideradas agradáveis, fadiga, diminuição da capacidade de pensar, de concentrar-se ou de tomar decisões, além de sintomas fisiológicos (insônia ou hipersonia) e alterações do comportamento (crises de choro).

O primeiro contato com as mulheres foi realizado pela equipe de psicologia do referido hospital particular em Brasília, durante o curso para gestantes que é oferecido pela instituição. As gestantes eram convidadas a responder ao “perfil gestacional”, que foi aplicado pela equipe da pesquisa-mãe.

Todas foram convidadas a participar do grupo de pré-natal psicológico, porém, no primeiro semestre de 2007, apenas 14 gestantes aderiram a essa proposta e foram acompanhadas semanalmente. Depois que tiveram os bebês, continuaram a ser acompanhadas, por demanda espontânea, sendo que no primeiro encontro no pós-parto responderam ao “perfil puerperal” e à Escala COX. Dentre essas 14 mulheres, foram escolhidas as cinco mais assíduas para formar o Grupo P, que foi objeto de análise do presente estudo.

Com o objetivo de propiciar um grupo de comparação, foram contactadas, na fase inicial do puerpério, as demais gestantes que não haviam aderido ao grupo de pré-natal psicológico, tendo sido escolhidas cinco puérperas que aceitaram participar da pesquisa. Esses contatos foram realizados pelas pesquisadoras, por telefone, com duração média de 20 minutos com cada participante, para responder ao “perfil puerperal” e à Escala COX. Foi explicado às mulheres o objetivo do estudo e deixamos claro que o seu nome não seria revelado. Cabe ressaltar que as gestantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na ocasião do preenchimento do perfil gestacional, autorizando um contato posterior da equipe. Esclarecemos também que a pesquisa-mãe foi aprovada pelo CEP - Conselho de Ética de Psicologia da UCB.

5. ANÁLISE DE DADOS E RESULTADOS

Inicialmente foi realizada a análise documental dos perfis aplicados às gestantes do Grupo P e às gestantes do Grupo NP, comparando também os resultados da Escala COX, para verificar se a participação no grupo de acompanhamento agregou diferenças no que se refere à eficácia do pré-natal psicológico.

Uma vez que os instrumentos utilizados apresentaram perguntas abertas foi possível registrar os relatos das mulheres, submetida à técnica de análise de conteúdo, considerando que os discursos permitem que o indivíduo expresse,

[...] a subjetividade presente com seus próprios sistemas de pensamento, seus processos cognitivos, seus sistemas de valores e de representações, suas emoções, suas afetividades e o afloramento de seu inconsciente. (BARDIN, 1997, p. 94)

O material discursivo foi então explorado sob diferentes perspectivas, tanto no levantamento de conceitos e ideias, quanto na análise das interpretações que revelaram os pontos de vista, os estados emocionais e as expectativas das mulheres nesse momento específico, que muitas vezes se mesclam com imagens pré-definidas e idealizadas. Foram analisados os conteúdos das respostas abertas dos perfis, bem como comentários feitos por telefone.

Dessa forma foi possível criar eixos temáticos de ideias, de interpretações, que revelaram às pesquisadoras quais as imagens vinculadas à gestação, ao “ser mãe”, aos mitos que envolvem essa fase, bem como apresentar as considerações manifestadas pelas mulheres quanto à participação no grupo de pré-natal psicológico.

A partir do perfil gestacional, aplicado aos dois grupos durante a gestação, foi possível a definição de três eixos temáticos, baseados nas questões do tipo “sim/não” acerca do desejo de engravidar - verificando a existência de um desejo de ambos ou de apenas um dos membros do casal -, do fato de ter havido um planejamento para a gravidez, e a atividade remunerada da mulher, que poderia ser afetada pela gravidez: (1) gravidez desejada; (2) gravidez planejada; e (3) atividade remunerada.

Após o parto, as respostas das mulheres para os itens da Escala Cox⁴, foram comparados com os dados dos perfis gestacional e puerperal, nos quais se realizou uma análise do conteúdo das respostas que se mostraram mais relevantes para o tema da pesquisa, e que permitiram a definição de mais cinco eixos temáticos: (4) parto desejado; (5) acompanhante no parto; (6) amamentação; (7) rede social de apoio; (8) estados emocionais depois do parto, que são discutidos a seguir:

Eixo 1 - Gravidez Desejada

A discussão acerca da decisão e do desejo de uma gravidez é tema recorrente na literatura especializada da psicologia clínica (BRAZELTON, 1988; MALDONADO, 2002; MILBRADT, 2008; WINNICOTT, 2006), e está geralmente referida ao caráter de “indesejado” de que essa situação pode se revestir, mais frequentemente nos casos de

⁴ Dimensões da Escala Cox validadas por Maria Fátima S. Santos, Francisco M. C. Martins e Luis Pasquali, Depto. de Psicologia - UnB (1999): 1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas; 2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia a dia; 3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas; 4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão; 5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo; 6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia a dia; 7. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir; 8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada; 9. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado; 10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça.

gravidez na adolescência. No presente estudo não se trata dessa abordagem, uma vez que as mulheres participantes da pesquisa tinham relacionamentos estáveis com um companheiro ou marido. Assim, a análise do desejo de engravidar vincula-se, nesse caso, às questões relacionadas ao compromisso do casal com a gravidez, suas expectativas, e os possíveis impactos e conflitos advindos de um processo de rejeição que terá reflexos na afetividade e nos vínculos mãe-pai-bebê.

Grupo NP: verificou-se que das cinco mulheres desse grupo, quatro informaram que a gravidez foi desejada, sendo: três pelo pai e mãe e uma, somente, pela mãe. Apenas uma das participantes informou que a gravidez não foi desejada nem pelo pai nem pela mãe.

Grupo P: quatro mulheres informaram que a gravidez foi desejada pelo pai e mãe, e uma informou que não foi desejada nem pelo pai nem pela mãe.

Houve semelhança nas respostas dadas pelos dois grupos, prevalecendo a gravidez desejada. Importante mencionar que “gravidez desejada” e “gravidez planejada” não são sinônimos, por esta razão, embora a maioria tenha desejado, será constatado que não houve planejamento ideal em nenhum dos grupos.

Eixo 2 - Gravidez Planejada

A questão do planejamento de uma gravidez pode estar vinculada a pelo menos duas importantes dimensões: a financeira, que envolve a previsão de custos para a manutenção de uma estrutura familiar ampliada, e a dimensão sociocultural, que diz respeito às expectativas sociais em relação à família (com ou sem filhos, quantos filhos etc.). Trata-se, enfim, de pressões que influenciam as decisões do casal e que também acabam tendo impacto sobre o próprio relacionamento e na afetividade, havendo estudos que demonstram, por exemplo, como o planejamento da gravidez está relacionado à decisão pelo próprio vínculo do casamento (LOPES; MENEZES; SANTOS; PICCININI, 2006), indicando a preocupação dos membros da família em fazer as mudanças necessárias ao enfrentamento das situações emergentes do ciclo de vida familiar. Também de acordo com Brazelton (1988):

A decisão de ter um bebê é um passo mais complexo, hoje, do que no passado. A capacidade de controlar a fertilidade através da contracepção trouxe uma responsabilidade adicional. A maioria dos casais, nos dias atuais, sente que deve limitar o número de filhos que terão. Se planejam ter somente um ou dois filhos, a carga (de pressão) para criar aquele um ou dois de modo ótimo é mais intensa. Em uma família de seis a oito crianças, os irmãos mais velhos ajudavam na criação dos menores. A pressão para criar e ser criado era diluída. (BRAZELTON, 1988, p. 19)

Ao considerar essas relações potenciais, a reflexão sobre o planejamento da gravidez torna-se fundamental para a abordagem do pré-natal psicológico, dada sua

preocupação mais abrangente acerca dos diferentes fatores – e suas articulações – que têm impacto sobre a construção das relações advindas do nascimento do bebê.

Grupo NP: duas mulheres informaram que a gravidez foi planejada pelo pai e mãe e três informaram que não foi planejada pelo casal.

Grupo P: duas mulheres informaram que planejaram a gravidez, porém uma delas foi planejada somente pela mãe, e três não foram planejadas pelo casal.

Portanto, as respostas foram semelhantes nos dois grupos, sendo que a maioria não planejou a gestação. Esses dados estão de acordo com alguns estudos relacionados à saúde pública da mulher (MALDONADO, 1997), que indicam que a maioria das gestações não é planejada. A partir desse fato é preciso ter em mente que não planejar e não desejar a gravidez pode ser um dos fatores para possíveis transtornos psicológicos no pós-parto, no entanto, esse fator isoladamente, não foi suficiente para motivar a participação no grupo do pré-natal psicológico.

Eixo 3 - Atividade Remunerada

Articulando as questões anteriores a respeito do desejo e do planejamento de uma gravidez, é preciso considerar a situação específica da mãe, como mulher, diante das expectativas de seu grupo familiar e dos grupos sociais ampliados dos quais participa, bem como das expectativas inerentes ao próprio relacionamento com seu companheiro, e o tipo de papel que tem na economia do casal. Novamente concordamos com Brazelton (1988), ao afirmar que:

A mulher independente talvez seja confrontada com o mais pesado processo de tomada de decisão. [...] A entrada de um bebê, em seu plano de vida conquistado arduamente, traz à tona o conflito entre o desejo de ser uma boa mãe e a vontade de estar disponível para o progresso em sua carreira. (BRAZELTON, 1988, p.20)

Dessa forma se pretende enfatizar as questões relativas à vida profissional e acadêmica da mulher que se torna mãe, as modificações nas possibilidades de seu trabalho, a dificuldade de optar entre sua carreira e a dedicação ao bebê, que frequentemente demandam a reelaboração de identidades, de objetivos de realização pessoal, e que podem ter impacto nos vínculos de afetividade.

Grupo NP: apenas uma mulher trabalhava, as outras quatro não trabalhavam.

Grupo P: somente uma mulher não trabalhava e as outras quatro tinham atividade remunerada.

Nesse eixo temático os grupos NP e P diferenciaram-se totalmente. No Grupo NP, o fato da maioria das mulheres não trabalhar não favoreceu a adesão ao grupo. No

Grupo P, embora a maioria trabalhasse fora, houve maior participação no grupo de pré-natal psicológico. Portanto, a questão da disponibilidade ou não de tempo, isoladamente, não foi um fator determinante para favorecer ou impedir a participação das mulheres no grupo. Por isso, acreditamos que outros fatores - talvez associados a esse -, podem ser considerados mais significativos ou motivadores para procurar o grupo de pré-natal psicológico.

No perfil puerperal, os seguintes eixos se mostraram mais relevantes para a temática analisada:

Eixo 4 - Parto Desejado

Grupo NP: conforme os relatos, duas mulheres tiveram o parto que esperavam - cesariano: “Foi rápido, tranquilo, sem complicações. Os médicos não se mantiveram distantes. Um fato muito marcante e positivo foi o carinho no rosto feito pelo anestesista” (Fernanda, 30 anos); e “...tinha uma indicação médica para cesárea e estava preparada com leituras e filmes” (Íris, 19 anos). Três mulheres não tiveram o parto desejado, pois queriam o parto normal e foram submetidas à cesariana, por diferentes motivos apresentados pelos médicos: “O médico ia viajar, então eu concordei em fazer a cesárea, e após a cirurgia ele informou que teria que ser cesárea de qualquer forma, porque a placenta estava grudada no útero” (Glória, 20 anos); “Estava com circular de cordão e o bebê não estava mexendo direito” (Helô, 29 anos); e “O bebê estava passando do tempo, estava atravessado e não respirava direito” (Júlia, 31 anos).

Grupo P: duas mulheres tiveram o parto que desejavam. Uma teve o parto normal: “Rápido sem episiotomia, bem tranquilo, com ajuda do meu marido e da equipe do hospital” (Dalva, 26 anos); e a outra teve cesárea. Três não tiveram o parto esperado, pois desejavam normal e tiveram cesariana: “Eu esperava parto normal” (Ana, 27 anos); “Eu queria o mais natural possível, mas não quiseram fazer o meu parto desta forma” (Bete, 25 anos); e “Esperava que fosse natural, de preferência” (Cida, 41 anos), ou seja, não puderam colocar em prática o “parto escolhido”, apesar de ser estimulado no pré-natal psicológico, não há garantia de que a equipe médica atenderá a escolha dos pais.

Constata-se que a maioria das mulheres não teve o parto desejado - normal - sendo submetidas à intervenção cirúrgica. Maldonado (1997) destaca o alto índice de cesarianas no Brasil, que ainda hoje ocupa o primeiro lugar no mundo, sendo habitual que a mulher seja induzida pelo médico a esse procedimento desde o início da gestação, sugerindo a cesariana como a melhor alternativa de parto, com argumentos sobre a segurança e controle do procedimento em caso de eventuais complicações. Dessa forma, a

“cesárea” acaba sendo agendada pelo médico antes mesmo da mulher entrar em trabalho de parto, desconsiderando o “parto escolhido” pela gestante, minimizando o seu empoderamento do momento em que ela deveria ter autonomia para decidir. Cabe aqui a consideração de que a intervenção cirúrgica deve ser realizada sempre que houver indicação do especialista, porém não deveria tornar-se uma alternativa apenas para acomodar interesses dos profissionais de saúde.

As falas das gestantes revelaram uma grande expectativa em relação ao parto, acompanhada de um sentimento de decepção pelo fato de não terem tido o parto escolhido ou “idealizado”. Este pode ter sido um fator que influenciou o estado emocional das mulheres que apresentaram indício de depressão pós-parto, conforme dados da Escala COX, como veremos em seguida.

Eixo 5 - Acompanhante no Parto

Grupo NP: três pais acompanharam a mulher no momento do parto em hospital privado, um pai não acompanhou, e um foi impedido de entrar na sala do parto, pois o hospital público justificou que só poderia entrar se fosse parto normal.

Grupo P: todas as mulheres foram acompanhadas no momento do parto: quatro pelo marido, em hospital privado e uma pela madrinha, em hospital público.

Com base nessa análise, observou-se que das 10 mulheres do estudo, oito foram acompanhadas pelo marido ou familiar no momento do parto. Esse número, embora numa amostra pequena, demonstra um aumento da participação do pai/família junto à parturiente nesse momento, que é considerado de extrema importância para a mulher e para o vínculo familiar.

É possível que esse avanço esteja vinculado às orientações que as mulheres receberam, sobretudo no grupo de pré-natal psicológico, visto que o tema do acompanhamento é muito trabalhado e incentivado no grupo, no qual são também repassadas informações sobre a Lei nº 11.108/2005, que garante o direito à mulher de ter um acompanhante no momento do parto.

Eixo 6 - Amamentação

No que se refere à amamentação é preciso considerar que o sucesso ou fracasso pode ser influenciado por diferentes fatores, entre eles as opiniões de pessoas próximas e também pela forma taxativa que as campanhas abordam o aleitamento, de modo que, caso a mulher não consiga ou não queira amamentar, isso pode afetar a sua auto-estima de

forma negativa e levá-la a um sentimento de incapacidade, dificultando desde o início o contato físico e o vínculo afetivo com o bebê.

Grupo NP: quatro mulheres estavam amamentando e relataram as dificuldades vivenciadas: “No começo ele não pegou direito o peito, demorou um pouquinho, mas depois pegou” (Helô, 29 anos); “Saí do hospital amamentando, mas depois de alguns dias tive que complementar com um pouquinho de NAN (mamadeira), porque ele mamava os dois seios e, às vezes, ainda chorava com fome, mas, ele não deixou o peito, à noite, só dava o peito e ele ficava satisfeito” (Íris, 19 anos); e “Nos dois primeiros dias o seio estava seco, mas depois ele foi pegando e ficou normal” (Júlia, 31 anos). Uma mãe não conseguiu amamentar devido à mastoplastia realizada há dez anos: “Mesmo estimulando os seios não consegui amamentar por muito tempo, apenas alguns dias, ainda assim meu bebê gosta de ficar ao seio para se acalmar” (Fernanda, 30 anos).

Grupo P: quatro mulheres estavam amamentando: “Tive fissura no seio e nos últimos dias o bebê tem chorado bastante” (Bete, 25 anos); e “Tive fissura em um seio e tive pouco leite no início” (Dalva, 26 anos). Uma mulher não amamentou: “O leite demorou para descer 20 dias e não foi o suficiente para o bebê. Ele nasceu prematuro com 32 semanas” (Elza, 29 anos).

Embora a maioria das mulheres estivesse amamentando, os relatos indicaram dificuldades nessa fase. Além do incentivo no grupo, as gestantes são frequentemente estimuladas pelas campanhas de amamentação do Ministério da Saúde e as orientações reforçadas podem ter auxiliado na persistência para amamentar, superando os problemas iniciais. Não foram observadas diferenças significativas entre os dois grupos do estudo quanto à amamentação.

Eixo 7 - Rede Social de Apoio

Apoio Emocional:

Grupo NP: quatro mulheres informaram que tiveram o apoio do marido e da família, e uma assinalou que desde a gestação, não contava com o apoio emocional do marido nem da família.

Grupo P: quatro mulheres informaram que tiveram o apoio do marido e da família, e uma informou que apenas “às vezes” tinha o apoio do marido, após o nascimento do bebê.

De acordo com as respostas, os dois grupos se equipararam: oito delas disseram contar com a rede de apoio e duas, praticamente, não contavam.

É importante ressaltar que a mulher do Grupo NP que não contava com o apoio emocional do marido e da família desde a gestação foi a que apresentou a maior pontuação na Escala COX de depressão pós-parto dentre todas as participantes. A mulher do Grupo P que não teve apoio emocional, mas teve acompanhamento psicológico não apresentou indicativo de depressão pós-parto, com base na Escala aplicada.

Apoio nos cuidados com o bebê:

Os dois grupos apresentaram o mesmo índice de respostas: quatro mulheres tinham a ajuda de uma babá, e seis eram as únicas responsáveis pelos cuidados com o filho.

A falta de apoio nos cuidados com o bebê pode sugerir uma sobrecarga na atividade diária da mãe, podendo desencadear um sentimento de incapacidade, insegurança, ansiedade, medo, cansaço, alteração do humor, enfim, afetar ou intensificar negativamente os estados emocionais da mulher, contribuindo para a depressão pós-parto (ARRAIS, 2005).

Eixo 8 – Qualidade de Vida depois do Parto

De acordo com os itens assinalados (Tabela 1), as mães do Grupo NP demonstraram maior comprometimento emocional em relação às mães do Grupo P:

Tabela 1. Qualidade de vida dos Grupos NP e P (N=10)¹

Piorou após o nascimento do bebê	Grupo NP	Grupo P
A - Sono	5	2
B - Appetite	3	0
C - Vida sexual	4	4
D - Humor	4	2
E - Concentração	3	0
F - Relações sociais	3	0
G - Relações familiares	0	1
H - Relacionamento com o pai do bebê	1	2
I - Atividades da vida diária	4	3

Nota: Aspectos referentes à qualidade de vida no pós-parto. Os números apresentados acima se referem ao número de mulheres que assinalaram o item.

Nota-se que o Grupo NP apresentou piora após o nascimento do filho nas dimensões referentes ao sono, apetite, humor, concentração, relações sociais, vida sexual e atividades da vida diária; enquanto o Grupo P relatou piora apenas nas dimensões: vida sexual e atividade da vida diária. As dimensões referentes à vida sexual e atividades da vida diária, assinaladas por ambos os grupos, caracterizam-se como dificuldades

frequentemente consideradas como inerentes à fase do pós-parto. Porém, o sono, apetite, humor, concentração, relações sociais que também são aspectos inerentes a essa fase, foram apontados somente pelo Grupo NP. Diante desses dados pode-se apresentar a hipótese de que as gestantes que tiveram o acompanhamento psicológico sofreram menos impacto pelo fato de terem sido melhores preparadas para essas mudanças e terem sido mais condescendentes consigo mesmas, diante das alterações percebidas em suas vidas.

No Grupo NP alguns aspectos negativos chamaram a atenção por terem sido bastante pontuados, tais como: insegurança, cansaço, medo, angústia, fragilidade e sobrecarga. Quanto aos aspectos positivos, os mais pontuados foram: felicidade, alívio, esperança, otimismo, confiança, tranquilidade, motivação, plenitude e realização.

No Grupo P, os aspectos negativos destacados foram: insegurança, cansaço, raiva, angústia, fragilidade e sobrecarga. E os aspectos positivos foram: felicidade, esperança, confiança, motivação e realização.

Observa-se que as questões mais assinaladas mostraram uma mescla de sentimentos vivenciados pelas mães, sentimentos ambivalentes e comuns nesse período. Concordamos com Maldonado (1997) sobre ser importante admitir a existência da ambivalência, que pode variar de pessoa para pessoa, de cultura e do momento que a mulher está vivenciando, o que permite compreender como pode também haver um “lado negativo da maternidade” para algumas mulheres que não foram preparadas, e que precisa ser trabalhado pela abordagem psicológica na tentativa de superar a dificuldade de expressão dos sentimentos das mães.

O Grupo P mostrou-se mais estável emocionalmente, pois alguns itens negativos como desânimo, tristeza, incapacidade e decepção não foram pontuados por nenhuma dessas mulheres. Entretanto o item raiva (pouco pontuado pelo grupo NP) foi marcado pela maioria das mães do grupo P, talvez por se sentirem mais seguras para expressar esse sentimento, assunto que é muito trabalhado e desmitificado no pré-natal psicológico.

Verificou-se ainda que o número das respostas negativas do Grupo NP em relação ao P foi superior, o que é corroborado também pelo resultado encontrado no Eixo 8 - Qualidade de vida depois do parto.

Indicadores de Depressão Pós-parto - DPP (Ponto de Corte acima de 12)

Grupo NP - Escores: 5, 11, 6, 10, 19 (um caso de indício de DPP)

Grupo P - Escores: 6, 17, 13, 8, 13 (três casos de indícios de DPP)

No Grupo NP encontramos apenas uma participante com indício de depressão pós-parto, enquanto no Grupo P três mulheres tiveram essa indicação. Nesse caso, podemos inferir que as mulheres que procuraram o grupo do pré-natal psicológico já apresentavam uma demanda emocional para esse acompanhamento, resultando que a possibilidade de um espaço para desmitificar a maternidade, de discutir o conceito de instinto materno, (re)elaborar as dúvidas e insatisfações em relação a gravidez, a relação conjugal ou pessoal, pode ter favorecido a expressão de suas dificuldades, medos, ansiedades, angústias, e por isso, ter contribuído para aumentar o escore desse Grupo em relação ao Grupo NP.

A análise dos escores da Escala COX dos grupos NP e P não corroboraram os dados encontrados no eixo temático dos estados emocionais, porém, considerando que a aplicação do Grupo NP foi feita por telefone, podem ter ocorrido limitações à criação de um vínculo de confiança suficiente que favorecesse a livre expressão dos sentimentos das mulheres, influenciando nas respostas obtidas.

6. CONCLUSÕES

A partir dos dados analisados é possível constatar o potencial que a abordagem do pré-natal psicológico possui para minimizar a lacuna existente nos atendimentos realizados às gestantes e aos casais grávidos, que geralmente são feitos de maneira breve e insuficiente para sanar as diferentes demandas de informação das mulheres e companheiros. Ao criar um espaço diferenciado de atenção, o pré-natal psicológico permite que a mulher vivencie o processo de gravidez, parto e pós-parto de maneira pró-ativa, valendo-se de um acolhimento importante para seu bem-estar, em um momento de vulnerabilidade emocional.

Ao analisar os grupos de pré-natal psicológico, constatou-se que a procura e a adesão ainda é muito pequena, visto que poucos percebem sua importância e eficácia, principalmente nos casos em que a gestação esteja evoluindo bem. Assim, é comum que os encaminhamentos pelos médicos aconteçam para os casos de crise psíquica ou relacional já instalados, nos quais o trabalho preventivo se torna menos eficaz em grupo, ainda que seja benéfico também nesses casos.

A análise dos itens referentes ao desejo e ao planejamento da gravidez permitiu observar que sua ausência não foi um fator suficiente para que as mulheres procurassem o grupo de pré-natal psicológico, ainda que se manifestasse o desejo pela maternidade. De acordo com Serrurier (1993):

[...] uma mulher pode desejar muito estar grávida, mas não desejar a criança que decorrerá naturalmente dessa gravidez: são dois desejos completamente diferentes, cuja associação não é automática, não estão preparadas para ser mãe. O sentimento, o desejo de engravidar, atinge uma grande maioria de mulheres. (SERRURIER, 1993, p. 13)

Pode-se inferir, a partir das reflexões feitas até o momento, que no caso das mulheres que têm uma atividade remunerada, o exercício dos diversos papéis desempenhados (social, familiar, profissional etc.) pode ter sido uma variável positiva para ajudar na adaptação da nova rotina de vida, mas também pode ter influenciado no aumento do escore do Grupo P na Escala COX de depressão pós-parto: sobrecarga de funções, conciliação da maternidade e vida profissional, culpa por ficar muito tempo ausente da rotina da criança.

No Grupo NP constatou-se que os discursos, em sua maior parte, estavam vinculados aos “mitos” da maternidade disseminados pelo senso comum: “É a realização de toda mulher, uma dádiva de Deus” (Helô, 29 anos) e “Não tem como explicar, eu fico olhando pra ele e não acredito que sou mãe” (Íris, 19 anos), enquanto no Grupo P as declarações correspondiam mais à realidade vivenciada pelas mulheres: “É um teste diário de paciência, dedicações, amor, realizações” (Ana, 27 anos), “É ser bastante forte, quando se está realmente disposta a cuidar da criança, pensar mais na criança do que em si próprio, nesse período em que ela se mostra tão indefesa, afinal ela não pediu para nascer, nesse período ela sofre tanto quanto a mãe” (Bete, 25 anos), e “Ser mãe é uma experiência nova, o início de uma nova jornada, cheia de obstáculos, alegrias e realizações” (Elza, 29 anos).

Com base nesses discursos, percebe-se que as mulheres que não tiveram o acompanhamento psicológico não demonstraram um senso crítico apurado acerca do mito da maternidade e sobre o que é ser mãe, além de apresentarem maior receio e dificuldade em expressar suas insatisfações pessoais e/ou conjugais, e conseqüentemente maior sofrimento emocional. É preciso considerar que a cultura ocidental idealiza a maternidade positivamente a partir de modelos quase “infantis”, ao vê-la como um momento singelo, mágico, especial, desejado e integralmente feliz, construindo um mito da maternidade “cor-de-rosa”, que coloca a mulher diante de um conflito potencial: a dificuldade em aceitar a ambivalência, que define barreiras sociais e morais que impedem que as mulheres manifestem problemas, tristeza, sofrimento, e questionamentos nesse período. Dessa forma, considera-se “natural” a sobrecarga de papéis, limitando o espaço para que as mulheres possam expressar publicamente suas insatisfações e temores, que são colocados na dimensão do “patológico” e fazem esquecer que “a maternidade não é cor de rosa, ela é de todas as cores” (ARRAIS, 2005).

Conforme a análise do perfil sobre os estados emocionais, verificou-se que as mulheres que tiveram o acompanhamento psicológico demonstraram maior coerência em suas respostas e uma melhor adaptação à realidade da maternidade e às mudanças inerentes ao pós-parto. Uma das riquezas do trabalho grupal está justamente na possibilidade da pessoa entender-se melhor a partir da percepção das problemáticas alheia e do (re)conhecimento de que suas vivências e angústias também são comuns a muitas outras pessoas (MALDONADO, 2003). A existência de um espaço de aceitação e compreensão para refletir sobre aqueles mitos, bem como a possibilidade de expressão e compartilhamento de sentimentos anteriormente censurados, pode trazer um grande alívio emocional a essas pessoas (MALDONADO, 2003), e o grupo do pré-natal psicológico mostra-se um instrumento propício para a construção desse espaço de acolhimento das demandas.

Entretanto, apesar dos aspectos positivos que as mulheres/casais podem obter com esse trabalho preventivo, atualmente ele ainda é pouco difundido e oferecido em poucos lugares, muitas vezes de maneira estereotipada, como consequência da imagem do psicólogo no senso comum, frequentemente associada ao tratamento de “loucuras” ou de “fraquezas”.

As instituições públicas e privadas geralmente oferecem cursos para gestantes que são mais curtos e focados em questões práticas, em alguns casos, funcionam como um atrativo para as gestantes realizarem o seu parto na instituição, não tendo a preocupação com o cunho psicológico e social que envolve a situação específica desse período. No entanto, de acordo com a análise feita, os fatores apresentados não foram, isoladamente, suficientes ou determinantes para as mulheres recorrerem à ajuda de um profissional da área da psicologia. Na prática, a falta do apoio emocional do marido/companheiro pareceu ser o principal fator para que elas buscassem o grupo de pré-natal psicológico, o que ficou explícito nas falas durante o encontro realizado com o grupo de puérperas: “Se não fosse para casa da minha mãe, tinha matado o meu marido, muita cobrança, um inferno” (Elza, 29 anos), “Eu descobri que filho não salva casamento, se não tiver bem, acaba” (Dalva, 26 anos) e “Meu marido é um multiproblemático, se eu não tivesse frequentado o grupo eu teria morrido” (Bete, 25 anos).

Pode-se então afirmar que o pré-natal psicológico foi percebido pelas participantes como benéfico no momento gestacional, que se refletiu na fase puerperal, como explicitado nas diferentes falas: “O grupo me ajudou muito, pois via que tinha outras iguais a mim, aprendi que o amor pelo filho não é instantâneo, é uma conquista diária” (Ana, 27 anos). “É preciso buscar ajuda e se preparar. No pós-parto tudo é

possível, não condeno a pessoa se fizer uma loucura” (Elza, 29 anos). “A orientação do grupo foi muito útil, aprendi a questionar e a selecionar o que as pessoas falam” (Cida, 41 anos).

Dessa forma os resultados demonstram que o grupo de pré-natal psicológico parece cumprir a sua finalidade, que é oferecer às mulheres ou casais um espaço de escuta, trocas e discussões que atuem na promoção, prevenção e manutenção da saúde da mãe, do bebê e da qualidade da relação familiar, ampliando a preparação para a maternidade e paternidade de uma forma mais saudável (BORTOLETTI, 2007).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora se reconheça que o presente estudo aborda apenas um dos possíveis conjuntos de indicadores relevantes para a compreensão das questões referentes ao tema, a análise dos resultados dos perfis das gestantes e puérperas reforçam a percepção de que o trabalho preventivo, característica fundamental do pré-natal psicológico, pode tornar-se uma prática capaz de evitar ou minimizar possíveis transtornos psicológicos nesse período puerperal, além de seu potencial em favorecer as relações familiares e o desenvolvimento da vivência maternal e parental mais acolhedora, de maneira articulada às atuais políticas públicas de promoção da saúde da mulher, de equidade de gênero, entre outras. Nesse sentido é importante destacar o diferencial apontado pelas participantes do grupo de pré-natal psicológico em termos de acolhimento, exteriorizando uma dimensão afetivo-familiar que pode ser desconsiderada/subestimada pela abordagem meramente técnica do ponto de vista médico, que muitas vezes reveste-se de um discurso hermético e frio que impede o afloramento de importantes dimensões emocionais. É preciso perceber a importância da dimensão que pode emergir a partir do pré-natal psicológico, pois se trata, no limite, de estabelecer um novo espaço de compreensão e de uma lógica que ultrapassa os estereótipos de gênero presentes no senso comum, permitindo avançar para além da imagem de fragilidade ou de “histeria” feminina (e sua expectativa de resolução solitária), para uma perspectiva de compromisso e de apoio mútuo relativo à parentalidade.

A realização sistemática de estudos complementares será fundamental para a avaliação continuada da eficácia do pré-natal psicológico (em termos de: redução da ansiedade, adaptação pós-parto bem-sucedida, diminuição do índice de depressão pós-parto, amamentação tranquila e positiva, participação adequada dos familiares, vinculação familiar, planejamento familiar, promoção da auto-estima e satisfação da mulher em todas as fases, entre outras) certamente contribuirá para despertar o interesse e aprofundar os conhecimentos dos profissionais que atuam com esse tipo de abordagem

(obstetras, psicólogos, pediatras, enfermeiros etc.), focando nas demandas específicas do ciclo gravídico-puerperal e suas patologias, propiciando prognósticos rápidos e efetivos, beneficiando a alta médica/hospitalar, e estabelecendo o acompanhamento psicológico como protocolo no atendimento à mulher.

Finalmente, considerando os ganhos advindos da possibilidade de compreensão ampliada das demandas dos envolvidos nesse processo, os resultados analisados no presente estudo também permitem confirmar a importância dos conhecimentos específicos do profissional de psicologia que atua na área de saúde e que trabalha em equipe interdisciplinar, cuja habilidade em compreender as particularidades de cada mulher, cada situação e de cada profissional envolvido, pode facilitar a comunicação e interação com os demais profissionais e técnicos da área de saúde, auxiliando da melhor forma as mulheres grávidas e puérperas, e oferecendo uma intervenção integral, sensível e necessária durante esse período tão delicado.

REFERÊNCIAS

- ARRAIS, A. R. (2005). As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- BARDIN, L. (1977). *L'analyse du contenu*. Paris: PUF.
- BERTHERAT, M.; BERTHERAT, T. & BRUNG, P. (1997). *Quando o Corpo Consente* (p. 88). São Paulo: Martins Fontes.
- BORTOLETTI, F. F. (2007). Psicoprofilaxia no Ciclo Gravídico Puerperal. In: Bortoletti, F. F.; MORON, A. F.; BORTOLETTI Filho, J.; NAKAMURA, M. U.; SANTANA, R. M. & MATTAR, R. *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar* (p. 37-46). Barueri, SP: Manole.
- BRAZELTON, T. B. (1988). *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (2007). *Assistência pré-natal parte II*. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 53, n. 6, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000600008&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 18 Março, 2008.
- LOHMANN, A. A. (1969). *Você quer ter um filho?* Rio de Janeiro: Temário.
- LOPES, Rita de Cássia Sobreira; MENEZES, Clarissa; SANTOS, Gisele Pinheiro dos, PICCININI, César Augusto. *Ritual de casamento e planejamento do primeiro filho*. *Psicol. estud.* [online]. 2006, vol.11, n.1, p. 55-61. ISSN 1413-7372. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000100007>. Acesso em: 18 Março, 2008.
- MALDONADO, M. T.; DICKSTEIN, J. & NAHOUM, J. C. (1997). *Nós estamos grávidos*. São Paulo: Saraiva.
- MALDONADO, M. T. (2002). *Psicologia da Gravidez: parto e puerpério*. São Paulo: Saraiva.
- MALDONADO, M. T. & CANELLA, P. (2003). *Recursos de relacionamento para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores.
- MILBRADT, Viviane. *Afetividade e gravidez indesejada: os caminhos de vínculo mãe-filho*. *Revista Pensamento Biocêntrico*, Pelotas- RS, N° 9 jan/jun 2008.

PICCININI, Cesar Augusto; SILVA, Milena da Rosa; GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro; LOPES, Rita de Cássia Sobreira; TUDGE, Jonathan. (2004). O Envolvimento Paterno Durante a Gestação. *Psicologia Reflexão e Crítica*, Porto Alegre - RS, v. 17, n. 3, 303-314.

SANTOS, Maria Fátima S. dos, MARTINS, Francisco C., PASQUALI, Luiz. *Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil*. *Revista de Psiquiatria Clínica*, vol. 26, n. 2, março/abril-1999. Disponível em <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n2/index.html>. Acesso em: 18 Março, 2008.

SERRURIER, C. (1993). *Elogio às mães más*. São Paulo: Summus Editorial.

SOLIS-PONTON, L. (2004). A construção da parentalidade in Pereira da Silva, M. C. & Solis Ponton, L. (org). *Ser Pai, Ser Mãe: Parentalidade: Um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

THIOLLENT, M. (1988). *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez: autores associados.

TRUCHARTE, F. A. R. & KNIJNIK, R. B. In: CAMON, V. A. A.; TRUCHARTE, F. A. R.; KNIJNIK, R. B. & SEBASTIANI, R. W. (2001). Estudos Psicológicos do Puerpério. In: *Psicologia Hospitalar: teoria e prática*. São Paulo: Pioneira. (p. 73-98).

WINNICOTT, D. W. (2006). *Os bebês e suas mães* (p. 1-42). São Paulo: Martins Fontes.

Alessandra da Rocha Arrais

Psicóloga Hospitalar. Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de Brasília - UnB; Professora do Curso de Psicologia da Universidade Católica de Brasília - UCB e Coordenadora do Curso de Especialização em Psicologia da Saúde e Hospitalar da Pós-Graduação da Universidade Católica de Brasília - UCB.

Daniela Silva Rodrigues Cabral

Daniela Silva Rodrigues Cabral: Bacharel em Psicologia. Especialista em Psicologia Aplicada em Saúde (Psicologia Hospitalar) pela Universidade Católica de Brasília - UCB.

Maria Helena de Faria Martins

Graduação em Psicologia pelo Centro Universitário de Brasília (2005) e Especialização em Psicologia Hospitalar pela Universidade Católica de Brasília (2009), com interesse nos seguintes temas: puerpério, pré-natal psicológico, complexo de Édipo, cinema e psicanálise.