



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

MARIA ALYNE SILVA

**PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE:
RELATOS DE UMA INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**CAMPINA GRANDE
2020**

MARIA ALYNE SILVA

**PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE:
RELATOS DE UMA INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento do Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Psicólogo (a).

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sibelle Maria Martins de Barros.

**CAMPINA GRANDE
2020**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S586p Silva, Maria Alyne.
Pré-natal psicológico na atenção básica de saúde [manuscrito] : relatos de uma intervenção psicossocial / Maria Alyne Silva. - 2020.
30 p.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde , 2020.
"Orientação : Profa. Dra. Sibelle Maria Martins de Barros , Coordenação do Curso de Psicologia - CCBS."
1. Intervenção psicossocial. 2. Pré-Natal psicológico. 3. Atenção Básica de Saúde. I. Título

21. ed. CDD 302

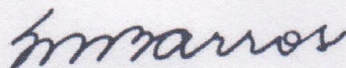
MARIA ALYNE SILVA

PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: RELATOS DE
UMA INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL

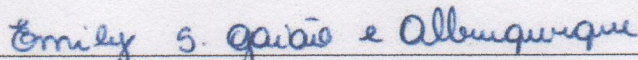
Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento do
Curso de Psicologia da
Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito parcial à
obtenção do título de Psicólogo
(a).

Aprovada em: 07/12/2020.

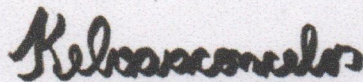
BANCA EXAMINADORA



Profª. Drª. Sibelle Maria Martins de Barros (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profª Drª Emily Souza Gaião e Albuquerque
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profª Drª Kathleen Elane Leal Vasconcelos
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	05
2 METODOLOGIA.....	11
3 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	12
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS.....	23

PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: RELATOS DE UMA INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL

Maria Alyne Silva

RESUMO

Este artigo tem como objetivo relatar uma experiência de Intervenção Psicossocial com gestantes em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), no município de Campina Grande - PB, no âmbito de um projeto de estágio em Psicologia. A intervenção teve o objetivo principal de desenvolver a autonomia e a emancipação de gestantes através do desenvolvimento do *empowerment*, dos processos de conscientização, participação e fortalecimento, com uma atenção humanizada e integral. Os encontros ocorreram semanalmente, com uma hora e meia de duração e com a participação de gestantes, familiares e outros profissionais de saúde da UBS. Como estratégia metodológica, utilizamos a oficina de dinâmica de grupo, abordando os temas: amamentação, etapas do parto, direitos das gestantes e puerpério. Identificamos o sofrimento ético-político vivenciado pelas gestantes, gerado por situações de violação dos direitos em relações de poder, como potencial risco à saúde física e psíquica no ciclo gravídico-puerperal. Através das discussões com a reflexão crítica e a desmistificação de crenças relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, além do suporte emocional e informacional, foi possível oferecer um modelo de assistência integral às gestantes, com acolhimento humanizado. Com uma perspectiva psicossocial, a intervenção potencializou a promoção à saúde e a autonomia das gestantes com base nas suas reais necessidades, de modo a preencher uma lacuna existente nos modelos biomédico e psicológico de atenção pré-natal.

Palavras-chave: Intervenção Psicossocial. Pré-Natal Psicológico. Atenção Básica de Saúde.

ABSTRACT

This article aims to report an experience of Psychosocial Intervention with pregnant women in a Basic Health Unit (UBS), in the city of Campina Grande - PB, as part of an internship project in Psychology. The intervention had the main objective of developing the autonomy and emancipation of pregnant women through the development of empowerment, processes of awareness, participation and strengthening, with a humanized and integral attention. The meetings took place weekly, with an hour and a half duration and with the participation of pregnant women, family members and other UBS health professionals. As a methodological strategy, we used the group dynamics workshop, approaching the themes: breastfeeding, stages of childbirth, rights of pregnant women and puerperium. We identified the ethical-political suffering experienced by pregnant women, generated by situations of violation of rights in power relations, as a potential risk to physical and psychic health in the gravidic-puerperal cycle. Through discussions with critical reflection and demystification of beliefs related to pregnancy, childbirth and puerperium, in addition to emotional and informational support, it was possible to offer a model of integral assistance to pregnant women, with humanized host. With a psychosocial perspective, the intervention enhanced the health promotion and autonomy of pregnant women based on their real needs, in order to fill a gap in the biomedical and psychological models of prenatal care.

Keywords: Psychosocial Intervention. Psychological Prenatal. Primary Health Care.

1. INTRODUÇÃO

O ciclo gravídico-puerperal é um período que demanda atenção integral dos profissionais de saúde por ser um fenômeno biopsicossocial que envolve profundas mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais na vida da mulher. Envolve a necessidade de reajustamentos intrapsíquicos e interpessoais, alteração de identidade, reestruturação da dinâmica familiar e redefinição de papéis para a adaptação à realidade da chegada de um novo membro na família (CARTER; MCGOLDRICK, 1995; BORTOLETTI, 2007; MALDONADO, 2017).

A fase de desenvolvimento da identidade materna é permeada por momentos de maior sensibilidade emocional, sentimentos ambíguos de insegurança e satisfação em relação às mudanças no corpo, no relacionamento conjugal, na rotina e na autonomia, além da preocupação em relação a responsabilidade por outro ser totalmente dependente (PICCININI et al., 2008; CAMACHO et al., 2010). As expectativas, medos, dúvidas e ansiedade geradas a partir dos significados e representações sociais sobre a gestação, o parto e a maternidade podem causar sofrimento, sendo necessária uma abordagem holística na atenção ao pré-natal, considerando os aspectos subjetivos, sociais e culturais da gestante.

Além disso, fatores estressores muito comuns na realidade das mulheres brasileiras, como falta de apoio social e familiar, problemas conjugais, culpabilização pela gravidez, violência doméstica, baixa idade e escolaridade ao engravidar e desemprego, são aspectos psicossociais que fragilizam gestantes e puérperas. Ao enfrentarem essas dificuldades, as mulheres podem apresentar sintomas depressivos durante a gestação e/ou desenvolver um quadro de Depressão Pós-Parto, uma psicopatologia incapacitante que afeta a puérpera e o seu vínculo com o bebê, necessitando de tratamento adequado (DEMARCHI et al, 2017; PORTO; MARANHÃO; FÉLIX, 2017).

Para a prevenção desses problemas que afetam a saúde física e psíquica na gestação, há necessidade de um olhar global dos profissionais de saúde atuantes na assistência ao pré-natal. Deve-se orientar e acolher integralmente a mulher, seu parceiro e familiares, a partir de suas histórias e relatos, percebendo as emoções, sentimentos e riscos envolvidos nesse processo, para que seja possível detectar precocemente situações e sintomas que podem sugerir danos à saúde mental da gestante e prevenir futuras complicações no puerpério (BRASIL, 2006; MEIRA et al. 2015).

A assistência ao pré-natal, oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da Atenção Básica de saúde, deve estar em consonância com as diretrizes das políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e

Nascimento (PHPN) (2002) e o Programa Rede Cegonha (2011), que propõem uma linha de cuidado materno-infantil com atenção humanizada em todo o ciclo-gravídico puerperal. Nesse sentido, as ações devem ter uma abordagem a partir da integralidade, observando o aspectos emocionais, sociais e culturais da gravidez, com o objetivo de promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres através da garantia de direitos e do amplo acesso aos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde da mulher (BRASIL, 2004).

No entanto, a maior parte das ações em assistência pré-natal realizadas no contexto da Atenção Básica de Saúde, devido a falta de investimentos em qualificação dos profissionais de saúde e do hegemônico modelo biomédico de cuidado, ainda concentram o foco nos aspectos fisiológicos da gravidez, do puerpério e da saúde do bebê, não contemplando satisfatoriamente as dimensões psicológicas e socioculturais dos fenômenos de gestar e maternar (ARRAIS; ARAUJO, 2016; PASSOS; ARRAIS; FIRMINO, 2020; MEIRA et al, 2015).

Frente a essa limitação do modelo biomédico que prevalece na assistência ao pré-natal, alguns profissionais, pesquisadores e estudiosos da área de Psicologia desenvolveram um programa de acompanhamento integral a gestantes chamado Pré-Natal Psicológico, uma modalidade de intervenção psicoeducativa voltada para a humanização do processo gestacional, do nascimento e do desenvolvimento da parentalidade. A primeira iniciativa ocorreu em uma maternidade privada de Brasília, em 2006 e, posteriormente, foi estendida para Unidades Básicas de Saúde (UBS), comunidades carentes, maternidades públicas e hospitais universitários da região (ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014; ARRAIS; ARAUJO, 2016).

O modelo de Pré-Natal Psicológico proposto por Arrais (2012), se constitui em uma ferramenta de suporte psicológico, socioemocional, informacional, instrucional, como forma de promoção de saúde e de prevenção de transtornos psicopatológicos no puerpério, o que justifica sua grande relevância para a área da saúde. Entretanto, esse modelo de intervenção ainda deixa uma lacuna na assistência ao pré-natal pois, geralmente, tem o foco nos aspectos psicológicos da gestação, não atentando para os aspectos sociais e culturais envolvidos nesse processo. Além disso, é uma prática ainda pouco difundida no meio acadêmico e nos serviços de saúde pública (CAVALCANTI; ARRUDA; PAULINO, 2020).

Verificando que essas limitações também estão presentes na Atenção Básica de Saúde do Município de Campina Grande-PB (MEIRA et al. 2015), foi articulado um Projeto de Estágio de estudantes de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, no contexto comunitário, com Intervenções Psicossociais voltadas para usuários de uma UBS, no sentido de ampliar a humanização nos serviços de saúde coletiva. Neste artigo, tencionamos relatar a intervenção

em grupo de Pré-Natal Psicológico realizada com gestantes, numa perspectiva psicossocial a partir da proposta da Psicologia Social Comunitária.

A Intervenção Psicossocial na Atenção Básica de Saúde

A Intervenção Psicossocial é uma proposta metodológica da Psicologia Social Comunitária que surgiu diante da emergência por conscientização e transformação social em diversos países da América Latina que passaram por guerras civis e regimes ditatoriais entre as décadas de 1960 a 1980. Nesse período, profissionais de psicologia e de outras áreas do conhecimento, alinhados com os movimentos populares e de forma ainda clandestina, passaram a implementar projetos voltados para a prevenção em saúde mental e educação popular, com ações coletivas que estimulavam a reflexão e a autonomia dos grupos comunitários (LANE, 2013).

A partir do início da década de 1990, com a ampliação do sistema de saúde pública no Brasil, a atuação dos profissionais da Psicologia em contextos comunitários foi reconhecida, principalmente em instituições públicas como unidades de saúde, creches, órgãos do sistema judiciário voltados para o cuidado das famílias e instituições de promoção do bem-estar social, o que possibilitou o desenvolvimento de instrumentos de análise e intervenções relevantes para esses contextos (CAMPOS, 2013; FREITAS, 2013).

Nesse cenário, a Intervenção Psicossocial, como metodologia de atuação dos profissionais de psicologia, abrange todas as áreas da vida social (saúde física e mental, educação, política, economia, entre outras) com o objetivo de promover a melhoria das condições humanas e da qualidade de vida a partir do desenvolvimento da autonomia e emancipação das pessoas e grupos coletivos. Trabalha a conscientização nas relações e o desenvolvimento do olhar crítico sobre valores e ideologias estabelecidas na sociedade, a construção coletiva de estratégias para as mudanças de atitudes e ações grupais necessárias ao alcance do bem-estar (SARRIERA; PIZZINATO; MEIRA, 2004).

Pautada na ética da solidariedade e nos direitos humanos fundamentais, com compromisso ético e político, a Intervenção Psicossocial propõe o estabelecimento de condições apropriadas para o exercício da cidadania, da democracia e da igualdade entre pares, através da participação social. Por meio desse processo, as pessoas e os grupos comunitários se tornam sujeitos ativos e protagonistas de sua própria história, interagindo cooperativamente na busca de soluções de problemas para a transformação da realidade vivida no cotidiano (CAMPOS, 2013).

A viabilidade de realizar uma Intervenção Psicossocial deve ser avaliada criteriosamente considerando o contexto psicossocial a ser transformado, analisando as dificuldades, capacidades e recursos do grupo/comunidade. Sua elaboração depende do âmbito, dos objetivos e do público alvo que se pretende atingir. Inicialmente, o problema ou tema a ser focado é definido a partir das narrativas do próprio grupo/comunidade, considerando suas necessidades e expectativas. No planejamento da intervenção, pode-se definir os objetivos e as estratégias a serem utilizadas e obter os recursos necessários para realizá-la (SARRIERA; PIZZINATO; MEIRA, 2004).

Ressalta-se a importância da participação da comunidade em todo o processo para a efetividade da Intervenção Psicossocial ao bem estar. De modo flexível, desde o planejamento, durante e após a execução, a intervenção pode ser avaliada, repensada e modificada continuamente através do *feedback* das pessoas participantes. Ao final, as ações de bons resultados podem ser disseminadas como exemplo de intervenção para outros grupos/comunidades semelhantes (SARRIERA; PIZZINATO; MEIRA, 2004).

A Intervenção Psicossocial se baseia em categorias da Psicologia Social Crítica. No que concerne às práticas no âmbito do SUS, as categorias que visam à autonomia da comunidade como *empowerment*, processos de conscientização, participação e fortalecimento são dispositivos que norteiam a práxis do psicólogo (a) na Atenção Básica de Saúde, reconhecendo a capacidade das pessoas e da comunidade de serem atores responsáveis e competentes na construção de sua própria história e nos processos de saúde e doença (SILVEIRA; DIAS, 2016).

A categoria *empowerment* é um elemento-chave de politização das estratégias de promoção à saúde. Por ser um termo que possui diversos sentidos na língua portuguesa, adotamos aqui o sentido de empoderamento, ou seja, de obter poder. Tendo a noção de poder como um recurso, material e não-material, que é distribuído de forma desigual na sociedade, trabalha-se com o intuito de potencializar o poder dos grupos e comunidades para que possam lutar por seus direitos, pelo acesso aos benefícios sociais e econômicos e pela participação nas decisões políticas que interferem em suas vidas (CARVALHO, 2004; SILVEIRA; DIAS, 2016).

O empoderamento se dá através da legitimação da voz das pessoas nos espaços coletivos e nas relações intersubjetivas. Remove-se as barreiras que limitam a vida social, apoiando as pessoas a realizarem suas próprias análises e a tomarem suas próprias decisões de modo cooperativo para que possam mudar a realidade (CARVALHO, 2004; SILVEIRA; DIAS, 2016).

A conscientização é o ato de tomar posse da realidade, uma atitude crítica do ser humano na história que consiste em desvelar a realidade do mundo desmistificando as crenças e superstições estabelecidas socialmente que ajudam a manter a estrutura dominante das relações de poder, que alienam e desumanizam as pessoas ingênuas (FREIRE, 1979). De maneira dialética, no processo de conscientização, à medida em que o ser humano conhece a realidade, desenvolve sua consciência crítica e age concretamente sobre ela através do diálogo e da reflexão junto com os outros, transformando o mundo e a si mesmo, torna-se assim sujeito ativo na construção da sua própria história (GÓIS, 2005).

Dar voz aos grupos comunitários, permitindo o compartilhamento das experiências e saberes e incentivando a capacidade crítica de confrontar a realidade da vida social é um processo facilitador da conscientização. Essa prática é primordial ao trabalho do psicólogo (a) em contextos comunitários, pois desencadeiam mudanças concretas na história e vida das pessoas (MARTÍN-BARÓ, 1996).

A participação popular, indispensável à Intervenção Psicossocial, parte do pressuposto de que a compreensão das necessidades da população é que deve nortear as práticas do psicólogo (a) em comunidade. Considerando a complexidade, a dinamicidade e os saberes populares, os profissionais devem propor a construção de alternativas em conjunto com a comunidade, promovendo relações solidárias e éticas, permitindo que ela assuma a autoria no seu cotidiano e desenvolva a consciência crítica, participando de todo o processo interventivo (FREITAS, 1998).

O fortalecimento é um processo contínuo no desenvolvimento da autonomia dos sujeitos. A partir da promoção e otimização dos aspectos positivos existentes, com foco na organização dos recursos coletivos e individuais e de potencialidades dos grupos comunitários, viabiliza-se a ação política de transformação da realidade social (SILVEIRA; DIAS, 2016).

Tendo em vista essas categorias, necessárias à prática na Atenção Básica de Saúde, é necessário estar alerta para não reproduzir práticas ideologizadas, que se traduzem na desconsideração da realidade da determinação social da saúde,¹ ou seja, da interferência negativa ou positiva dos fatores econômicos, históricos, das relações sociais e condições de vida sobre os processos de saúde/doença (ROCHA; DAVID, 2015). Findando os problemas individuais nos próprios sujeitos, adota-se um modelo biomédico e medicalizador, o que não contribui para a transformação das realidades sociais, mas para a manutenção de relações de

¹ Existe uma discussão sobre os termos *determinação social da saúde* e *determinantes sociais da saúde*. O termo *determinantes sociais da saúde* adotado pela OMS pode estar esvaziado do arcabouço teórico e político que apresentava nos anos 1970 e 1980. Por isso, utilizamos o termo *determinação social da saúde*, por conter uma vertente crítica do pensamento social na compreensão do problema da multicausalidade dos processos saúde-doença.

dominação, do conformismo e da resignação do sujeito com sua condição de saúde e vida (GÓIS, 2005; GUARESCHI, 2013).

Entendendo que a negligência dos direitos sociais e a privação das condições mínimas de sobrevivência acarretam problemas de saúde, é preciso observar a multicausalidade dos processos de saúde e doença, que não se encerram no fator orgânico, mas envolvem as dinâmicas das relações sociais de desigualdade. Questões sociais como vulnerabilidade, violência, exclusão e injustiças sociais são fontes geradoras de sofrimento que provocam a fragilidade das pessoas. Sawaia (2014) chama esse sofrimento mediado pelas injustiças sociais de “sofrimento ético-político”, pois reflete a forma como se dão as relações intersubjetivas na sociedade e o cuidado que o Estado tem com seus cidadãos, de modo a criar ou a perpetuar relações de dominação por meio da desigualdade social, do preconceito e da espoliação humana.

A práxis do psicólogo (a) na Atenção Básica de Saúde deve ter uma perspectiva social crítica, orientada pelos princípios e diretrizes do SUS de universalidade, longitudinalidade e integralidade. Conforme proposto pela Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), deve-se desenvolver vínculos e responsabilização entre equipes de saúde e a comunidade, valorizar e capacitar as equipes de saúde e estimular a participação popular (BRASIL, 2006; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Nesse sentido, para que possa contribuir para uma atenção à saúde mais abrangente no âmbito individual e coletivo, o psicólogo (a) trabalha em equipes multiprofissionais, no modelo de clínica ampliada e compartilhada. Oferecendo acolhimento humanizado e apoiando as equipes de saúde da família e usuários na busca por uma compreensão dos aspectos de determinação social dos processos de saúde-doença, atua sobre as reais necessidades dos usuários em seus contextos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Assumindo uma postura horizontal e cooperativa, o psicólogo (a) comunitário deve facilitar a participação ativa de todos os envolvidos no processo de identificação dos aspectos psicossociais que causam opressão. Deve também dinamizar esforços para o desenvolvimento de projetos emancipatórios, fortalecendo os recursos e as potencialidades dos grupos e coletivos sociais, suscitando-os a fazerem suas próprias análises e a planejarem ações transformadoras da realidade (PAIVA; YAMAMOTO, 2008).

Desse modo, através de Intervenções Psicossociais, o psicólogo (a) no âmbito da Atenção Básica de Saúde, espaço privilegiado de interação social dos sujeitos na comunidade, a partir da participação popular, do empoderamento e da consciência crítica, contribui para a promoção da saúde, fortalecimento e valorização da comunidade. Através do desenvolvimento da autonomia das pessoas como cidadãos de direitos, que não apenas usufruem dos

benefícios do sistema de saúde, mas que também atuam em todo o processo das ações em saúde, de acordo com reais necessidades individuais e coletivas, estimula-se a criação de estilos de vida saudáveis e que produzam o bem-estar das pessoas (TORRES; CAMINO, 2013).

Na Intervenção Psicossocial com grupos de gestantes, especificamente, deve-se colaborar para a compreensão dos processos psicossociais envolvidos no ciclo-gravídico puerperal, trabalhando para reduzir a ansiedade, medos, inseguranças em relação ao parto e à maternidade, fortalecendo as redes de apoio social e desenvolvendo a autonomia das gestantes nesse processo (ASSIS, et al. 2013). O objetivo deste estudo é relatar uma experiência de Intervenção Psicossocial com gestantes, em um grupo de Pré-Natal Psicológico, no âmbito da Atenção Básica de Saúde.

2. METODOLOGIA

Para a realização desta intervenção, inicialmente, propomos à equipe de saúde da UBS a formação de um grupo aberto de Pré-Natal Psicológico, em complementaridade ao pré-natal obstétrico, para ampliar os serviços e contribuir com a humanização do pré-natal na atenção básica.

Convidamos as gestantes que aguardavam a consulta médica para uma roda de conversa de acolhimento, em que foi possível apreender suas necessidades, expectativas e receios em relação à gravidez, ao parto e ao pós-parto. Buscamos elaborar o projeto de intervenção coletivamente e alguns temas foram definidos para serem discutidos nos encontros seguintes, como: Amamentação, etapas do parto, direitos das gestantes e puerpério.

Para o funcionamento dos encontros, foi sugerida às usuárias a formação de um grupo aberto, considerando a necessidade de saída ou de acolhimento de novas gestantes da comunidade, permitindo também a participação de familiares que as acompanham nas consultas. Tomando como exemplos as experiências de Klein e Guedes (2008), Arrais e Araujo (2016), realizamos encontros semanais a partir da proposta de intervenções psicossociais que garantissem a participação ativa e o empoderamento das gestantes, propiciando o suporte socioemocional, informacional e instrucional preparando-as para o parto e pós-parto.

Foram utilizadas as oficinas em dinâmicas de grupo (AFONSO, 2015) como estratégia metodológica por serem facilitadoras da transformação sociocultural através do compartilhamento dos diferentes pontos de vista e da reflexão crítica, considerando as formas pensar, agir e sentir dos sujeitos, de modo integral. Esse instrumento pode ser considerado uma metodologia participativa, pois permite a construção de significados, a ressignificação de sentimentos e a potencialização de uma coletividade para a mobilização de recursos que levem

à mudanças na realidade objetiva, a partir da construção de consensos coletivos para lidar com problemas cotidianos (SILVA, 2002).

Realizadas semanalmente na UBS, enquanto as gestantes aguardavam a consulta médica de pré-natal, as oficinas eram iniciadas às 13:30 e finalizadas em torno das 15:00 horas. Entre outubro e novembro de 2019, foram realizados 9 encontros, contando com a participação de, em média, 4 a 8 gestantes, residentes no município de Campina Grande - PB.

As oficinas foram coordenadas por cinco alunas do curso de graduação em Psicologia, em sistema de revezamento, enquanto duas alunas facilitavam e co-facilitavam o grupo, outras observavam fora do grupo e faziam anotações em diário de campo. Considerando a interdisciplinaridade como uma característica da Intervenção Psicossocial, as oficinas foram realizadas em parceria com outros profissionais de saúde, como enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS). Em uma das oficinas também contamos com a participação de uma doula, assistente de parto que acompanha a gestante desde o período gestacional até os primeiros meses após o parto, principalmente durante o processo de trabalho de parto e no parto, com foco no bem-estar da mulher.

Após as oficinas na UBS, havia a troca de impressões e análises sobre as ações entre as estagiárias e a supervisora, posteriormente, era discutido o planejamento da oficina da semana seguinte, sendo estimulada a postura colaborativa na equipe de estágio. Simultaneamente, eram realizadas discussões teóricas relacionadas à Psicologia Social Comunitária, à saúde coletiva e a outras demandas emergentes. Essa conexão entre a teoria e a prática embasou a atuação no campo com uma leitura crítica da realidade das gestantes da comunidade.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dentre as oficinas realizadas, serão descritas e discutidas no presente artigo aquelas em que houve a participação da autora enquanto facilitadora ou co-facilitadora. Nesse sentido, relataremos quatro oficinas, com os seguintes temas: amamentação, etapas do parto, direitos da gestante e puerpério. Por questões éticas, optamos por preservar a identidade das participantes utilizando nomes fictícios ao trazer os conteúdos discursivos.

Amamentação

Na oficina em que discutimos sobre amamentação, primeiro tema escolhido, contamos com a participação de cinco gestantes, uma acompanhante, uma estudante de enfermagem e uma ACS. Com o objetivo de desmistificar as crenças sobre a amamentação, lançamos algumas frases contendo mitos e verdades sobre o tema.

A maioria das participantes entendem que a amamentação deve ser a fonte exclusiva de nutrição durante os primeiros seis meses. Todas concordaram que a amamentação é uma tarefa difícil e que, portanto, necessita do apoio de familiares e de profissionais da saúde. Também houve consenso quanto à questão de não haver posição correta ou errada para amamentar, mas aquela mais confortável para a mãe e para o bebê.

Identificamos que algumas gestantes acreditavam no mito do “leite fraco”: *“Tem leite que é fraco né, se não matar a fome, a pessoa vai deixar o filho chorando? a pessoa tem que complementar com outro leite”* (Ana). Ao colocarmos essa questão para debate, outra gestante respondeu: *“Não tem isso de leite fraco, é o colostro que parece que é fraco porque é mais aguado no começo, mas é o leite normal da gente. No começo sai pouquinho, mas depois aumenta, dá pra matar a fome do bebê”* (Cecília).

Essas crenças de que o leite pode ser “fraco” ou insuficiente para o bebê convém para minimizar o sentimento de culpa de algumas mulheres pelo fracasso na amamentação, justificando a necessidade de substituir precocemente o aleitamento materno por outros meios de nutrição do bebê (MARQUES; COTTA; PRIORE, 2011). No sentido de desmistificar essas crenças, na interação entre as participantes, foi esclarecido que a qualidade do leite materno é ideal para a nutrição do bebê e que a quantidade do leite é produzido conforme a necessidade da criança, mediante a sucção.

No entanto, no decorrer das discussões, percebemos que existem outros fatores que os profissionais de saúde nem sempre consideram, como os aspectos sociais, emocionais e os processos psicossociais envolvidos no contexto de vida da lactante. Ao trazermos a questão da influência do estresse e do nervosismo na produção do leite materno, a estudante de enfermagem discordou:

“Não, não influencia, porque quando a mulher está amamentando, o bebê começa a sugar e esse estímulo libera um hormônio no cérebro chamado prolactina, que é responsável por produzir o leite. O estresse não vai interferir na lactação, o que vai influenciar é o bebê não mamar, porque se não mamar não vai ter o estímulo que precisa” (Sandra, estudante de enfermagem).

Esse discurso demonstra como o modelo biomédico ainda prevalece na formação dos profissionais de saúde, perpetuando práticas sustentadas em discursos baseados na dicotomia cartesiana mente x corpo, ao desconsiderar os aspectos psicossociais que envolvem a amamentação. Em contraposição a esse pensamento, algumas gestantes que já haviam amamentado outros filhos anteriormente exemplificam como os problemas cotidianos podem prejudicar a amamentação: *“Pois comigo, tinha vez que era um terror, eu não conseguia dar de mamar, doía demais. Também eu discutia muito com meu marido, ele não me ajudava em*

nada, só fazia raiva, acho que isso atrapalhou. Aí fui pra casa da minha mãe, pelo menos lá eu tinha ajuda e sossego” (Mariana).

O relato dessa gestante corrobora com a ideia de Maldonado (2017), de que há uma associação entre as emoções da mulher, as atitudes das pessoas ao redor e o fracasso ou sucesso da lactação, considerando a sobrecarga, a fadiga, a ansiedade e a dor, fatores que provocam o fracasso do aleitamento. E os fatores como a calma, o suporte, a confiança e a tranquilidade, fatores que favorecem a boa amamentação.

Durante as discussões, uma das gestantes revelou não ter interesse em amamentar. Sua fala foi seguida de retaliações expressas por sua sogra que a acompanhava e pela ACS, com afirmativas de que a mãe não deve se recusar a amamentar, ressaltando os benefícios da amamentação para a mãe e para o bebê:

“Tem meninas novas que não querem amamentar porque acham que o peito vai cair, mas isso é da genética [...]. Eu sempre digo, não é pra deixar de dar de mamar a seus filhos [...] quando a gente vai amamentar nosso filho, ele já vai se sentir amado, ele não vai chorar com cólica, não vai ter dor de ouvido, essa é a maior riqueza que a gente leva e faz bem a eles” (Marta, ACS).

“Eu mesma achava bom demais quando eu dava de mamar [...]. Mas ela não quer, acho que ela tem vergonha, mas ela é a mãe, né... Vamo ver quando nascer, comprar leite é caro” (Joana, sogra de uma gestante).

Esses discursos remetem à ideia higienista difundida no final do século XVIII, ainda hoje cristalizada na sociedade, de que as mulheres deveriam se responsabilizar pelo cuidado com os filhos, assumindo uma maternagem amorosa, através da amamentação. Ao suscitar que esse é um dever natural da mãe, associando o comportamento de recusa ao aleitamento à infração às leis da natureza materna, revelam-se os discursos de culpabilização e anormalidade da mulher que não deseja ou não consegue amamentar (MOURA; ARAÚJO, 2004; RESENDE, 2017).

Ao trazermos essa questão para debate, algumas gestantes explicitaram a necessidade de se respeitar as individualidades, como Rita: *“Eu acho assim, cada uma tem seus motivos, eu quando tive minha primeira filha, eu queria amamentar, mas eu não podia por causa dos remédios que eu tomava. Se a mãe não se sente bem, acho que não é obrigada”.*

A partir do esclarecimento de que a amamentação não é um fenômeno puramente fisiológico de alimentação do bebê, nem tampouco obrigatório para o estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe e bebê, destacamos o contato pele a pele e olho a olho como mais importantes na construção desse vínculo. Ressaltamos a importância de se compreender a história de vida, as dificuldades do cotidiano e as crenças que as gestantes têm sobre a

amamentação, considerando que nem todas as mulheres podem amamentar e respeitando o direito de cada mulher escolher se quer ou não amamentar.

Dessa forma, as discussões realizadas nessa oficina foram no sentido não apenas de desmistificar as crenças e mitos da amamentação e aumentar o repertório das participantes, a partir de questões reflexivas. Promovemos o respeito pelas experiências de vida e o posicionamento das gestantes frente aos imperativos sociais que cerceiam a liberdade de escolhas das mulheres em relação à amamentação.

Considerando os processos de incompreensão, falta de apoio e culpabilização das mulheres por parte de familiares e até de profissionais de saúde que naturalizam e valorizam apenas os aspectos biológicos e econômicos do aleitamento materno, exercemos uma prática de cuidado com uma abordagem integral, a partir das subjetividades das gestantes e dos aspectos psicossociais da maternidade.

Etapas do parto

Nessa oficina, contamos com a participação de cinco gestantes, dois acompanhantes e uma doula. Com o objetivo de apreender os significados que as participantes tinham sobre o processo do parto e de explanar, de modo ilustrativo e dialógico, as etapas do trabalho de parto e do parto, formamos uma roda de conversa. Acreditamos que as informações possam dar subsídios para que a mulher escolha sua via de parto.

Boa parte das gestantes afirmaram conhecer os dois tipos de parto mais comuns, o cesáreo e o normal. Além disso, também associaram o termo “parto humanizado” ao parto normal na água. Explicamos que o parto humanizado refere-se a um modelo de assistência ao parto em que são respeitados os direitos ao tratamento humano e o incentivo ao protagonismo da mulher, preservando suas escolhas no processo do parto, fortalecendo sua autonomia, bem como a devida assistência cirúrgica nos casos em que há indicação médica necessária (BRASIL, 2014).

Através de cartaz ilustrado, foram explanadas as fases do trabalho de parto e as três fases do parto - fase da dilatação do colo do útero, fase da expulsão (nascimento do bebê) e fase da dequitação (expulsão da placenta). Informamos que durante esse processo, existem procedimentos possíveis para aliviar a dor como exercícios respiratórios, mudanças de posição, massagens, banho morno e assistência de uma doula. Esses procedimentos consistem em métodos não farmacológicos para o alívio da dor, utilizados principalmente por enfermeiros obstétricos para aumentar a tolerância à dor, tendo em vista a assistência humanizada, conforme recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (MAFETONI; SHIMO, 2014).

No sentido de contribuir para uma melhor preparação para o parto e prevenir a violência obstétrica, discutimos sobre procedimentos que não condizem com as boas práticas na assistência ao parto, como a episiotomia, administração de ocitocina, manobras para acelerar o parto, negligência, maus tratos e desrespeito à privacidade e à liberdade de escolhas da mulher (LANSKY et al., 2019). Por causarem danos à saúde física e psicológica das mulheres, essas práticas devem ser eliminadas, conforme a determinação da Organização Mundial de Saúde (2014).

A importância dessa discussão se dá pelo fato de que muitas vezes, por falta de informações suficientes a respeito dessas práticas, as parturientes e familiares/acompanhantes vivenciam situações desconfortáveis e de sofrimento durante o processo do parto sem saber que se trata de violência obstétrica (BARROS; NEVES, 2018). A partir disso, algumas participantes relataram situações semelhantes, associando-as à violência obstétrica:

“Uma coisa que eu me toquei agora, que eu posso dizer que foi violência também, de cinco em cinco minutos, o médico fazia exame de toque na minha irmã, sem necessidade. Eu acho isso um absurdo, é o mesmo que um estupro. Agora, eu não vou deixar eles fazerem isso comigo” (Júlia).

“Eu sofri demais [...] a médica estava doente, aí foi uma enfermeira no parto, ela empurrava minha barriga pra ajudar, mas ela tinha a mão pesada, eu não sabia que isso não podia fazer [...] Quando meu marido chegou lá, ele nem me reconheceu, eu fiquei desfigurada, pálida, que eu perdi muito sangue” (Janete, mãe de uma gestante).

Esses depoimentos demonstram que a partir da explicação dos conceitos de humanização e violência obstétrica, as participantes puderam compartilhar e refletir sobre suas experiências, reconhecendo as relações de poder nas situações vivenciadas, relações que antes não eram percebidas. Desse modo, observamos o processo de conscientização a partir da descodificação, ou seja, aprendizagem a partir da leitura crítica da realidade (FREIRE, 1979).

As práticas autoritárias de assistência ao parto, com frieza e padronização dos procedimentos, a falta de comunicação e de solicitação de consentimento às mulheres são formas de subjugação. Essa questão remete ao conceito foucaultiano de “biopoder”, o poder de controle do saber e da intervenção como forma de manter a subjugação dos corpos, principalmente os femininos, em práticas ideologizadas que contribuem para a manutenção das relações de dominação em que a conduta médica é valorizada em detrimento da assistência humanizada e focada nas necessidades das pessoas (FOUCAULT, 2017; GUARESCHI, 2013).

Procuramos saber se as participantes conheciam o plano de parto, a possibilidade de planejar o parto durante o pré-natal, para que o parto aconteça conforme o desejo da mulher.

Nenhuma delas conhecia essa possibilidade: *“Eu nunca ouvi falar que a pessoa pode chegar lá na maternidade e dizer como quer ter, lá na hora eles fazem tudo do jeito que eles acham que é certo, nem perguntam nada que a gente quer”* (Maria). No plano de parto, pode-se comunicar aos profissionais de saúde, desde o pré-natal, as preferências sobre a ambiência, a presença de acompanhante, as posições corporais, os métodos de alívio da dor e práticas de assistência (MOUTA et al., 2017).

O desconhecimento do plano de parto é comum entre gestantes e profissionais de saúde. Apesar de ser um direito da gestante e uma prática de humanização no parto recomendada pela OMS, ainda é pouco utilizada. Contudo, o plano de parto é uma estratégia que promove o respeito às expectativas individuais, fortalece o vínculo profissionais-mulher, aumenta a autoconfiança, proporciona o protagonismo da mulher e potencializa o empoderamento feminino, facilitando o processo do parto (MOUTA et al., 2017).

Consideramos que a aquisição de informação pelas mulheres, num processo educativo em grupo como este, gera um impacto positivo não só nas mulheres, promovendo a sua autonomia no processo de parto, mas também a nível social, podendo provocar mudanças qualitativas na assistência ao parto (REIS et al., 2017).

Nesse sentido, o diálogo com as gestantes nessa oficina se constituiu em uma ação preparatória para o parto, acolhendo as histórias vividas, as dúvidas e os medos que causam ansiedade. Ao informarmos sobre o processo do parto, promovemos o processo de conscientização, discutindo as relações de poder. Essa discussão despertou o interesse das participantes em conhecer mais sobre os seus direitos, enquanto gestantes e parturientes, portanto, solicitaram a discussão do tema “direitos das gestantes” no encontro da semana seguinte.

Direitos da gestante

Considerando a solicitação do próprio grupo no encontro anterior e com o objetivo de promover o suporte informacional, discutimos sobre os direitos das gestantes nesta oficina. Nesse dia, participaram quatro gestantes e uma ACS. Num primeiro momento, com intenção de acolher as participantes, buscamos saber como elas estavam se sentindo. O grupo estava mobilizado afetivamente porque uma das gestantes desabafou sobre a possibilidade de seu bebê nascer com alguma malformação. Diante disso, a gestante foi acolhida pelo grupo com palavras de solidariedade e otimismo.

Essa mesma gestante ainda relatou que foi hospitalizada algumas vezes por ter desmaios e pressão arterial alterada. Isso aconteceu porque, apesar da indicação médica de repouso absoluto desde o início da gravidez, ela não teve liberação do trabalho: *“Eu sei que*

tenho que fazer o repouso, já desmaiei no trabalho umas duas vezes, já fui parar no hospital com a pressão alterada, mas se eu não for trabalhar é pior pra mim. Não é de carteira assinada, mas eu vou levando. Eu não posso ficar sem trabalho agora” (Luciana).

Quando a gestação é de risco e necessita de repouso absoluto por mais de 15 dias, a gestante tem o direito de ser afastada do trabalho e de receber o auxílio previdenciário. No entanto, para que esse direito seja efetivado, o vínculo empregatício deve ser formalizado de acordo com a legislação trabalhista. Porém, devido à crescente precarização do trabalho com a fragilização das relações de emprego, as mulheres, principalmente, são subordinadas a informalidade e a condições precárias de trabalho em que seus direitos são aviltados (NASCIMENTO, 2016; BRAGA; ARAÚJO; MACIEL, 2019).

Ao discutirmos sobre essa questão, uma outra gestante relatou sua dificuldade em comparecer às consultas pré-natal por causa das restrições impostas pela sua empregadora: *“É uma agonia até pra vir nas consultas aqui, ela desconta como falta, mesmo eu mostrando a declaração. Ela achou ruim porque eu engravidei de novo agora, porque faz dois anos que eu tive o primeiro, aí já dá indireta que vai ficar difícil pagar quando eu não puder mais ir”* (Mônica).

O argumento de que as mulheres, ao engravidarem, aumentam os gastos do empregador para a manutenção dos empregos femininos é uma falácia, visto que tais custos são repassados para o sistema previdenciário. Esse mito é uma ideologia que alimenta as desigualdades social e de gênero e as relações de dominação no trabalho, com o preconceito, a discriminação e a desvalorização das mulheres enquanto trabalhadoras e gestantes (NASCIMENTO, 2016).

Os discursos das participantes revelam uma questão social histórica, a discriminação de gênero envolvida nas relações de trabalho, em que há subordinação feminina (STREY, 2013). Ao questionarmos quais os direitos da gestante eram conhecidos pelas participantes, apenas dois foram citados: o direito a ter um acompanhante no parto e a licença maternidade.

Diante disso, dialogamos com as participantes sobre os direitos protetivos da gestante, informando a existência da legislação que as amparam, garantindo os direitos sociais (atendimento preferencial e prioritário nos espaços coletivos); trabalhistas (estabilidade no emprego, dispensa do horário de trabalho para realizar exames e consultas médicas, licença maternidade de 120 a 180 dias, dispensa do horário de trabalho para amamentação até o sexto mês de vida do bebê); no pré-natal (no mínimo seis consultas, com direito a acompanhante, informações, exames e assistência gratuita durante a gravidez, conhecer antecipadamente o hospital onde será realizado o parto); no parto (assistência humanizada ao parto normal ou cesáreo, escolha em conjunto com a equipe médica pelo tipo de parto, ter um acompanhante

durante o parto); e no pós parto (ficar com o bebê e o acompanhante no mesmo quarto, receber orientações necessárias, consultas perinatais, orientações para planejamento familiar) (UNICEF, 2011).

Durante as discussões, ao conhecerem os direitos que possuíam, as gestantes compartilhavam experiências dolorosas, associando-as à violação de seus direitos, especialmente no que se refere à assistência não humanizada no âmbito hospitalar, como a negligência da equipe durante o trabalho de parto dos filhos anteriores, a administração de ocitocina sem consentimento e exames de toque em excesso.

Ao passo que íamos conversando, as participantes iam percebendo que foram vítimas de violência obstétrica. Chegaram ao consenso de que devem estar atentas a essas práticas e reclamar seus direitos, caso essas situações ocorram novamente. Em relação à violação dos direitos trabalhistas, inicialmente as gestantes não manifestaram intenção de reivindicar junto a seus empregadores, talvez por medo de perder o trabalho.

Percebemos nas entrelinhas dos discursos evocados, o “sofrimento ético-político” (SAWAIA, 2014) dessas gestantes, pois a fragilidade na saúde e a vulnerabilidade ao agravamento dos riscos na gravidez tem sido causadas, não por fatores orgânicos, mas pelas injustiças sociais vivenciadas, pelas relações de poder existentes no âmbito do trabalho e na assistência médico-hospitalar com a subalternização e a negligência dos direitos. Nessa oficina foi possível promover, a partir da participação, o compartilhamento e acolhimento dessas vivências, além de oferecer um suporte informacional para desenvolvimento da consciência crítica e empoderamento dessas gestantes como cidadãs de direitos.

Puerpério

Contando com a participação de três gestantes e dois acompanhantes, essa oficina teve o objetivo de suscitar a reflexão, de maneira dinâmica, sobre a importância da rede de apoio na fase do puerpério. A partir da ludicidade, promovemos o debate no grupo.

A facilitadora solicitou que cada participante escrevesse num balão um tipo de ajuda que a mulher precisa no pós-parto. Ao som de uma música, cada participante tentava sustentar o seu balão no ar, retirando-se da roda um por vez, jogando os balões para os demais sustentarem, deixando apenas duas participantes para sustentar todos os balões do grupo sozinhas. A partir disso, os participantes falaram da dificuldade que sentiram ao tentar segurar todos os balões e algumas gestantes associaram a dinâmica ao suporte que tiveram dos familiares quando seus outros filhos nasceram.

Num segundo momento, a partir da exposição de imagens que remetem ao puerpério, os participantes compartilharam suas experiências vivenciadas no pós-parto dos filhos

anteriores, destacando o apoio que tiveram nessa fase como fundamental. Também expressaram suas ideias e significados a respeito da maternagem. Ao final da oficina, ressaltamos a importância da rede apoio familiar para a prevenção de transtornos psíquicos no puerpério que podem prejudicar mãe e bebê.

A partir das imagens de corpos reais de puérperas, uma das participantes relatou: *“Eu fiquei assim depois da cesariana, e eu tive uma tosse que a cirurgia abriu. Graças a Deus eu tinha minha mãe e minha irmã, uma voltou comigo para o hospital e a outra ficou com meus filhos, porque eu tinha o bebê e o meu filho mais velho”* (Suzana). Geralmente, as pessoas que mais dão suporte a gestantes e puérperas são as figuras femininas da família, sendo as mães, as principais apoiadoras por serem experientes e por terem um forte vínculo afetivo com elas (BARROS; NEVES, 2018).

Com as imagens de uma mãe amamentando, a mãe de uma gestante adolescente comentou: *“É como dar a vida ao filho todos os dias”* (Maria). Esse tema voltou a ser problematizado a partir das expressões: *“É um crime a mãe não querer amamentar o seu filho. Se a mulher não quiser amamentar, é melhor não ter filhos, a mulher que se nega a amamentar não ama o filho”* (Suzana).

Diante dessas afirmativas, percebe-se o quanto, a mulher ainda é julgada, culpabilizada e cobrada socialmente para cumprir o papel da “mãe boa”, através da amamentação. Essa é uma representação construída histórica e socialmente, visto que nos séculos passados a amamentação era uma atividade tradicionalmente delegada a figura da ama-de-leite, não sendo relacionada ao amor materno (MALDONADO, 2017).

Além disso, tais discursos acusatórios reproduzidos de maneira quase automática por mulheres, as fazem esquecer de suas próprias experiências dolorosas do início da amamentação. Num período mais delicado por ser uma fase de transição em que a euforia pela chegada do filho alterna-se com a fadiga, a ansiedade e até desespero diante a inexperiência e/ou a necessidade de administrar conflitos nas relações conjugais e fraternais, no caso das múltiparas, a mulher pode ter dificuldades para amamentar (BORTOLETTI, 2007).

Ao trazer essa ideia para o debate, questionamos: *“Se a mãe não puder amamentar, ela não ama o filho?”* Um dos participantes demonstrou empatia ao responder: *“Eu acho que o importante é o amor, se for pra mulher sofrer ou ficar se culpando ou culpando o filho porque o corpo mudou, é melhor não amamentar”* (José, pai de uma gestante adolescente).

A partir da imagem de uma mãe cansada, os participantes concordaram que o apoio é fundamental no puerpério: *“Só a gente sabe como é cansativo, é uma responsabilidade da mãe, mas os outros também podem ajudar. Só de ver o rostinho do bebê já compensa”*

(Juliana). Se sentindo representado pelas imagens de uma figura masculina segurando um bebê no colo e de uma família unida em torno de um bebê recém-nascido, José concordou:

“Quando nasce uma criança, a família fica mais unida. Eu cuidei dos meus filhos, eu dava banho, trocava fralda [...] homem também pode cuidar, homem também ama. Eu não gosto daquele ditado ‘quem pariu Mateus, que balance’, esse é um dizer das pessoas mais velhas que chega a ser cruel. A minha filha está grávida, ela vai ter a responsabilidade dela, mas eu e minha mulher, como avós, vamos apoiar ela no que ela precisar” (José, pai de gestante adolescente).

Interessante perceber, através desses discursos, que vem sendo desconstruída a ideia de que a maternagem é uma função naturalmente feminina e desempenhada exclusivamente pela mãe, já que somente ela tem a capacidade de gestar, parir e amamentar. As práticas de maternagem estão ligadas ao afeto e ao desejo de cuidar, podendo ser desempenhadas por outros cuidadores, inclusive por homens que possuem o perfil de “pai emergente” cujo papel de cuidador estende-se para além do ato de brincar e de ficar com a criança, podendo dividir com a mãe, a sobrecarga de afazeres domésticos e dos cuidados com o bebê (DESSEN; BRAZ, 2000; MOURA; ARAÚJO, 2004; FÉLIX; SANTOS; ALÉSSIO, 2020).

Fato é que muitas vezes a puérpera pode encontrar-se desamparada, pois nem sempre ela conta com o apoio do parceiro ou de familiares para ajudá-la nos cuidados com o bebê e para reduzir a carga de afazeres domésticos após o parto. Ademais, a recuperação em casos de parto cesáreo é demorada e dolorosa, necessitando apoio de pessoas próximas. Esse apoio pode ser determinante na prevenção do sofrimento psíquico puerperal (DEMARCHI et al. 2017).

De acordo com Maldonado (2017), logo na primeira semana após o parto, pela queda brusca dos hormônios e também pela falta de suporte social e emocional, a mulher fica mais vulnerável. A labilidade emocional e as dificuldades de adaptação à maternidade podem ser tão intensas que geram grande risco de desencadear quadros depressivos na mãe, que podem incapacitá-la no cuidar de si mesma e do bebê, como o baby blues, uma tristeza materna que pode durar alguns dias; a depressão pós-parto que pode se estender por meses e a psicose puerperal, um quadro mais grave, podendo trazer prejuízos à mãe e ao bebê.

Os participantes entendiam que o apoio de familiares, tanto no auxílio nos cuidados com o bebê, nos afazeres domésticos, como na compreensão das subjetividades, tem uma importância fundamental na fase do pós-parto. Porém, até então, não associavam diretamente a falta desse apoio ao risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos, pois é muito comum em nossa sociedade o mito de que a maternidade é uma situação muito prazerosa, apenas digna de felicidade para mulheres e que, se elas estão depressivas, supõem-se que há

algo de errado com elas (ARRAES, MOURÃO, FRAGALLE, 2014; PORTO; MARANHÃO; FÉLIX, 2017).

Ao dialogarmos com o grupo sobre esses processos, ressaltamos a importância da rede apoio familiar como fator de proteção e prevenção dos transtornos psíquicos no puerpério. Além disso, orientamos a busca por ajuda profissional para tratamento adequado nesses casos, indicando os pontos da rede de atenção à saúde mental e outros serviços gratuitos de escuta psicológica e psicoterapia. Destacamos também a necessidade de estratégias da equipe multiprofissional no sentido de fortalecer e ampliar a rede social de apoio e também de ser apoio para essas mulheres.

Nesta oficina, foi possível promover o compartilhamento de experiências e significados a respeito do puerpério, desconstruindo os discursos de culpabilização e responsabilização da mulher pela maternagem e suscitando a reflexão sobre a importância da rede de apoio da mulher nessa fase como forma de prevenção à depressão pós-parto e outras psicopatologias.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Intervenção Psicossocial no grupo de Pré-Natal Psicológico contribuiu com o desenvolvimento da autonomia e emancipação das gestantes, a partir de uma atenção humanizada e integral na assistência ao pré-natal. Acreditamos que a partir do compartilhamento de experiências e saberes, promovemos debates estimulando a reflexão crítica e a ressignificação de crenças e o protagonismo dessas mulheres no seu processo gestacional.

Por meio das oficinas de dinâmicas de grupo, ampliou-se o repertório de significados sobre a gravidez, o parto, o puerpério e também da maternagem, a partir do compartilhamento de histórias e de pontos de vista diferentes, proporcionando a reflexão e a ressignificação de experiências. A partir do suporte informacional sobre as etapas do parto e os direitos da gestante, bem como o compartilhamento de suas próprias experiências, as participantes puderam fazer suas próprias análises críticas, desvelando determinados aspectos da realidade cotidiana. Desse modo, promovemos o empoderamento dessas mulheres, para que elas possam se tornar autônomas no seu processo de parto e nos demais contextos de vida, enquanto cidadãos de direitos.

Um grande desafio encontrado nessa experiência foi a necessidade constante de confrontar o modelo biomédico de cuidado e as posturas cristalizadas dos profissionais de saúde da UBS. Na medida do possível, estimulamos a mudança do paradigma do saber médico/técnico como irrefutável, para valorizar os saberes das gestantes e promover o acolhimento humanizado sem julgamentos.

Ainda assim, foi uma experiência enriquecedora, pois a partir da proposta de Pré-Natal Psicológico, com uma perspectiva psicossocial, preenchemos uma lacuna existente na assistência ao pré-natal, uma vez que, frequentemente, não se consideram os aspectos sociais, culturais e os processos psicossociais envolvidos no ciclo gravídico-puerperal. Com uma abordagem holística e respaldadas na perspectiva da integralidade, foi possível contribuir com as políticas públicas de humanização, atuando a partir das reais necessidades das participantes.

Trabalhar numa perspectiva integral envolve o olhar crítico sobre os processos psicossociais e a proposta do desenvolvimento da autonomia e emancipação das pessoas, adotando uma postura horizontal e cooperativa para prevenção e promoção à saúde. Esperamos que a integralidade do cuidado e a humanização na assistência ao pré-natal possa ser efetivada nos serviços da Atenção Básica de Saúde. Para tanto, é imprescindível um maior investimento em capacitação dos profissionais de saúde para identificar e atuar sobre as determinações sociais de saúde envolvidas nos processos gestacionais, analisando os contextos sociais, econômicos, históricos, culturais e os processos subjetivos das pessoas.

REFERÊNCIAS

AFONSO, L. et al. **Oficinas em dinâmica de grupo na área de saúde**. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015.

ARRAIS, Alessandra da Rocha, CABRAL, Daniela Silva Rodrigues, MARTINS, Maria Helena de Faria. Grupo de Pré-Natal Psicológico: Avaliação de programa de intervenção junto a gestantes. **Encontro Revista de Psicologia** Vol. 15, No. 22. 2012. Disponível em: <<https://revista.pgsskroton.com/index.php/renc/information/librarians>. Acesso em 30 Jul. 2020.

ARRAIS, Alessandra da Rocha; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Pré-Natal Psicológico: perspectivas para atuação do psicólogo em Saúde Materna no Brasil. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 103-116, jun. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 jul. 2020.

ARRAIS, Alessandra da Rocha; MOURÃO, Mariana Alves; FRAGALLE, Bárbara. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 251-264, Mar. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000100251&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Nov. 2020.

ASSIS, Cleber Lizardo de et al . Intervenção psicossocial em grupo de mulheres gestantes do Centro de Saúde da Mulher de Cacoal-RO. **Aletheia**, Canoas , n. 42, p. 82-91, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000300008&lng=

pt&nrm=iso>. acessos em 18 nov. 2020.

BARROS, Sibelle Maria Martins; NEVES, Mariany Bezerra. O papel da família no processo de nascimento: abordagem sistêmica na pesquisa. In: MACEDO, Rosa Maria Stefanini de; KUBLIKOWSKI, Ida; MORÉ, Carmen Leontina Ojeda Ocampo (Orgs). **Pesquisa qualitativa no contexto da família e comunidade: experiências, desafios e reflexões**. 1. ed. - Curitiba, PR: CRV, 2018.- Coedição: São Paulo, SP: EDUC, 2018. Pág. 97-118.

BORTOLETTI, F. F. **Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar**. Barueri, SP: Manole, 2007.

BRAGA, Natalia L.; ARAUJO, Noália M. de; MACIEL, Regina Heloisa. Condições do trabalho da mulher: uma revisão integrativa da literatura brasileira. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 232-251, ago. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872019000200008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em 11 Nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. 3º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acesso em 29 Set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 29 Set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno HumanizaSUS. v. 2. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Política Nacional de Humanização**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf Acesso em 29 Set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:<http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em 25 Set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

CAMACHO, Karla Gonçalves et al. Vivenciando Repercussões e Transformações de uma Gestação: Perspectivas de Gestantes. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 16, n. 2, p. 115-125, ago. 2010. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000200012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 30 set. 2020.

CAMPOS, R. H. F. Introdução: A psicologia social comunitária. In: CAMPOS, R. H. F. (org.). **Psicologia social comunitária: Da solidariedade à autonomia**. 18. ed. - Petrópolis, RJ: Vozes, 2013. Pág. 9- 14.

CARTER, Betty; MCGOLDRICK, Monica. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2. ed. - Porto Alegre: Artmed, 1995.

CARVALHO, Sérgio Resende. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, Aug. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000400024&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Oct. 2020.

CAVALCANTI, P. P. T.; ARRUDA, R. G. A. R. S de; PAULINO, K. J. G. Saúde mental da gestante: Pré-Natal Psicológico e suas funcionalidades. In: **A psicologia com foco nas múltiplas práticas em saúde mental** [recurso eletrônico] / Organizador Rui Maia Diamantino. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.

DEMARCHI, Rafael Fernandes et al. Percepção de Gestantes e Puérperas Primíparas sobre Maternidade. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, jul., 2017. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-32332>> Acesso em 30 Set de 2020.

DESSEN, Maria Auxiliadora; BRAZ, Marcela Pereira. Rede social de apoio durante as transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 221-231, Dec. 2000. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722000000300005&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Out. 2020.

FELIX, Livia Botelho; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; ALESSIO, Renata Lira dos Santos. O cuidado é dobrado: Maternar no contexto da atenção psicossocial. **Rev. NUFEN**, Belém, v. 12, n. 3, p. 154-175, dez. 2020. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912020000300011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 nov. 2020.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade 1: A vontade de saber**. 6ª ed. - Rio de Janeiro/ São Paulo, Paz e Terra, 2017.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: Teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

FREITAS, M. F. Q. de. Psicologia na Comunidade, Psicologia da Comunidade e Psicologia (Social) Comunitária - práticas da psicologia social em comunidade nas décadas de 1960 a 1990, no Brasil. In: CAMPOS, R. H. F. (org.). **Psicologia social comunitária: Da solidariedade à autonomia**. 18. ed. - Petrópolis, RJ: Vozes, 2013. Pág. 44-65.

FREITAS, Maria de Fátima Quintal de. Inserção na comunidade e análise de necessidades: reflexões sobre a prática do psicólogo. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre , v. 11, n. 1, p. 175-189, 1998. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721998000100011&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Oct. 2020.

GÓIS, Cezar Wagner de Lima. **Psicologia comunitária: atividade e consciência**. Fortaleza, CE: Publicações Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais, 2005. 237p. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/42537> Acesso em 16 Out. 2020.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C., orgs. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. Pág. 493 – 545.

GUARESCHI, Pedrinho A. Ideologia. In: STREY, Marlene Neves et al. **Psicologia Social Contemporânea**, 21^a ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

KLEIN, Michele Moreira de Souza; GUEDES, Carla Ribeiro. Intervenção psicológica a gestantes: contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 28, n. 4, p. 862-871, 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000400016&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Ago. 2020.

LANE, Sílvia Tatiana Maurer. Histórico e Fundamentos da Psicologia Comunitária no Brasil. In: CAMPOS, Regina Helena de Freitas (Org.). **Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia**. 18. ed. - Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

LANSKY, Sônia et al . Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2811-2824, Aug. 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000802811&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Oct. 2020. Epub Aug 05, 2019.

MAFETONI, Reginaldo Roque; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. **REME. Rev Min Enferm.** 2014 abr/jun; 18(2): 505-512. Disponível em <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/942>. Acesso em 20 de Novembro de 2020.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da gravidez: gestando pessoas para uma sociedade melhor**. São Paulo: Ideias & Letras, 2017.

MARQUES, Emanuele Souza; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; PRIORE, Silvia Eloiza. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 5, p. 2461-2468, May 2011. Available from<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500015&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Nov. 2020.

MARTÍN-BARÓ, Ignacio. O papel do Psicólogo. **Estud. psicol.** 2(1), 7-27, 1996. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/epsic/v2n1/a02v2n1.pdf>. Acesso em 15 de out. 2020.

MEIRA, Bianca de Macêdo et al. Desafios Para Profissionais da Atenção Primária no Cuidado à Mulher com Depressão Pós-parto. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 706-712, Sept. 2015. Available from<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000300706&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Sept. 2020.

MOURA, Solange Maria Sobottka Rolim de; ARAUJO, Maria de Fátima. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. **Psicol. cienc. prof.** , Brasília, v. 24, n. 1, pág. 44-55, março de 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000100006&lng=en&nrm=iso>. acesso em 17 de novembro de 2020.

MOUTA, Ricardo José Oliveira et al. Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. **Rev. baiana enferm.** 2017;31(4): e20275. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/20275>. Acesso em 20 de Nov. 2020.

NASCIMENTO, Sara Diniz. Precarização do trabalho feminino: a realidade das mulheres no mundo do trabalho. **R. Pol. Públ.** São Luís, Número Especial, p. 339-346, novembro de 2016. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/5985>. Acesso em: 20 de novembro de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Declaração disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=D573E7FF7A731296F70FDB4CEBDCB880?sequence=3. Acesso em 19 de Nov. 2020.

PAIVA, Ilana Lemos de; YAMAMOTO, Oswaldo Hajime. Os novos Quixotes da psicologia e a prática social no “terceiro setor”. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo , v. 8, n. 16, p. 231-250, dez. 2008. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2008000200004&lng=pt&nrm=iso. acessos em 30 Out. 2020.

PASSOS, J. de A.; ARRAIS, A. da R.; FIRMINO, V. H. N. Saúde Mental na Perinatalidade: perspectivas de usuárias e profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Comunicação em Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 31, n. 01, p. 161-178, 2020. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/581>. Acesso em: 24 Ago. 2020.

PICCININI, Cesar Augusto et al. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, Mar. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000100008&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Sept. 2020.

PORTO, Romenia Alves Ferreira; MARANHÃO, Th rcia Lucena Grangeiro; FÉLIX, Waleska Maria. Aspectos Psicossociais da Depressão Pós-Parto: Uma Revisão Sistemática. **Id on Line Rev. Psic.** V.11, N. 34. Fevereiro/2017. Edição eletrônica em:<<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/686>> Acesso em 01 Out. 2020.

REIS, Thamiza Laureany da Rosa dos et al. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 38, n. 1, e64677, 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100503&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Nov. 2020. Epub Apr 20, 2017.

RESENDE, D. K. MATERNIDADE: UMA CONSTRUÇÃO HISTÓRICA E SOCIAL. **Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 2, n. 4, p. 175 - 191, 5 jun. 2017. Disponível em <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15251>. Acesso em 20 de Novembro de 2020.

ROCHA, Patrícia Rodrigues da; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 129-135, Feb. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100129&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Dec. 2020.

SARRIERA, Jorge Castell ; SILVA, Marli Appel da; PIZZINATO, Adolfo; MEIRA, Patricia. Intervenção psicossocial e algumas questões  ticas e técnicas. In: SARRIERA, Jorge Castell  (org.). **Psicologia comunitária: estudos atuais**. 2  ed. - Porto Alegre: Sulina, 2004. p. 19 - 41. SAWAIA, Bader (org.). Sofrimento  tico-político como categoria de análise da dialética exclusão /inclusão. In: SAWAIA, Bader (org.). **As Artimanhas da Exclusão: Análise Psicossocial e  tica da Desigualdade Social**. - 14 ed. - Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

SILVA, Rosalina Carvalho. **Metodologias Participativas para trabalhos de Promoção de Saúde e Cidadania**, Vetor Editora, 2002.

SILVEIRA, Katia Gregório Bittencourt; DIAS, Maria Sara de Lima. As categorias da psicologia social comunitária como dispositivo para a construção das práticas no SUS. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 8, n. 1, p. 07-13, jun. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2016000100002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 out. 2020.

STREY, Marlene Neves. Gênero. In: STREY, Marlene Neves et al. **Psicologia Social Contemporânea**. 21^a ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

TORRES, A. R.R.; CAMINO, L. Grupos sociais, relações intergrupais e identidade social. In: TORRES, A.R.R., et al. (orgs.). **Psicologia Social: temas e teorias**. Brasília: Technopolitik, 2013.

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância. Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê. 1^a ed. - São Paulo: Globo, 2011.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Universo que proporcionou uma mudança incrível em minha trajetória pessoal e acadêmica.

Ao meu esposo, André Gomes, que sempre me apoiou em todas as minhas decisões e me deu suporte durante esses anos de graduação, sempre me encorajando a continuar. Obrigada pelo amor, companheirismo e pelas risadas que tornam meus dias mais leves e alegres. Não seria tão fácil chegar até aqui sem você ao meu lado, me dando essa força, eu devo isso à você.

Aos meus familiares, pela torcida e compreensão da minha ausência em muitos momentos da graduação em que eu precisei focar a atenção nos estudos, também durante a produção deste artigo.

À minha orientadora, Profa Dra Sibelle Maria Martins de Barros, que apesar da sua rotina acadêmica intensa, aceitou me orientar neste trabalho. Sua ética, seu acolhimento, seus conhecimentos e sugestões foram essenciais, abriram meus horizontes e fizeram toda a diferença na minha formação. Vou levar para a vida!

Agradeço também aos membros da banca examinadora, Profa Dra Emily Souza Gaião Albuquerque e Profa Dra Kathleen Elane Leal Vasconcelos pelas avaliações e contribuições neste trabalho.

Sou grata aos meus colegas de curso pelas trocas e ajuda mútua, em especial à Maria Aparecida que se tornou uma grande amiga e companheira nesses últimos anos. Obrigada pela força e apoio, juntas vencemos muitos obstáculos.