VOLUME 34

VALESCHKA MARTINS GUERRA
ANDREA DOS SANTOS NASCIMENTO
CAMILA NOGUEIRA BONFIM DUARTE
NAYARA OLIVEIRA FRANCISCO
(orgs.)

Gestação e maternidade

A visão da psicologia

EDUFES

Esta obra foi selecionada para integrar a "Coleção Pesquisa Ufes", a partir de Chamada Pública feita pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PRPPG) da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) aos programas de pós-graduação da universidade.

A seleção teve por base pareceres que consideraram critérios de inovação, relevância e impacto.

O financiamento da Coleção foi viabilizado por meio do Programa de Apoio à Pós-Graduação (Proap) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e de recursos do Tesouro Nacional.

Universidade Federal
do Espírito Santo

Reitor
Paulo Sergio de Paula Vargas

Vice-reitor
Roney Pignaton da Silva

Pró-reitor de Pesquisa e Pós-Graduação
Valdemar Lacerda Júnior

Chefe de Gabinete
Aureo Banhos dos Santos

EDUFES
EDITORA

Editora Universitária – Edufes

Filiada à Associação Brasileira
das Editoras Universitárias (Abeu)

Av. Fernando Ferrari, 514
Campus de Goiabeiras
Vitória – ES · Brasil
CEP 29075-910

+55 (27) 4009-7852
edufes@ufes.br
www.edufes.ufes.br

Diretor da Edufes
Wilberth Salgueiro

Conselho Editorial
Ananias Francisco Dias Junior, Eliana Zandonade, Eneida Maria Souza Mendonça, Fabrícia Benda de Oliveira, Fátima Maria Silva, Gleice Pereira, Graziela Baptista Vidaurre, José André Lourenço, Marcelo Eduardo Vieira Segatto, Margarete Sacht Góes, Rogério Borges de Oliveira, Rosana Suemi Tokumaru, Sandra Soares Della Fonte

Secretaria do Conselho Editorial
Douglas Salomão

Administrativo
Josias Bravim, Washington Romão dos Santos

Seção de Edição e Revisão de Textos
Fernanda Scopel, George Vianna,
Jussara Rodrigues, Roberta Estefânia Soares

Seção de Design
Ana Elisa Poubel, Juliana Braga,
Samira Bolonha Gomes, Willi Piske Jr.

Seção de Livraria e Comercialização
Adriani Raimondi, Ana Paula de Souza Rubim,
Dominique Piazzarollo, Marcos de Alarcão,
Maria Augusta Postinghel

Este trabalho atende às determinações do Repositório Institucional do Sistema Integrado de Bibliotecas da Ufes e está licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.

Para ver uma cópia desta licença, visite http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/.

Diretor da Graúna Digital
Thiago Moulin

Supervisão
Laura Bombonato

Seção de edição e revisão de textos
Carla Mello | Natália Mendes | José Ramos
Natalia Mendes | Manuella Marquetti
Stephanie Lima

Seção de design
Carla Mello | Bruno Ferreira Nascimento

Projeto gráfico
Edufes

Diagramação e capa
Bruno Ferreira Nascimento

Revisão de texto
MC&G Editorial

Ilustração da capa por
Veruschka Martins Guerra

Esta obra foi composta com
a família tipográfica Crimson Text.

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

G393 Gestação e maternidade [recurso eletrônico] : a visão da psicologia / Valeschka Martins Guerra [et al.], (organizadores) - Dados eletrônicos. – Vitória, ES : Edufes, 2023.
267 p. : il. ; 21 cm. - (Coleção Pesquisa Ufes ; 34)

Inclui bibliografia.
ISBN: 978-85-7772-519-9
Modo de acesso: https://repositorio.ufes.br/handle/10/774

1. Maternidade. 2.Gravidez. 3. Puerpério 4. Parentalidade. I. Guerra, Valeschka Martins [et al.]. II. Série.

CDU: 159.9

Elaborado por Ana Paula de Souza Rubim – CRB-6 ES-000998/O

VALESCHKA MARTINS GUERRA
ANDREA DOS SANTOS NASCIMENTO
CAMILA NOGUEIRA BONFIM DUARTE
NAYARA OLIVEIRA FRANCISCO
(orgs.)

Gestação e maternidade

A visão da psicologia

EDUFES

Vitória, 2023

Este livro foi contemplado pela seleção para livros da PRPPG, com financiamento do PROAP e Recursos do Tesouro nacional, fazendo parte da "Coleção Pesquisa UFES".

Este livro será disponibilizado gratuitamente no Repositório Institucional do Sistema Integrado de Bibliotecas da UFES e licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição – não comercial – sem derivações 4.0 Internacional.

Colaboradores e Colaboradoras

Ana Cristina B. da Cunha
Andrea dos S. Nascimento
Bianca Martins
Camila N. Bonfim Duarte
Carolina Monteiro Biasutti
Cláudia Fell Amado
Cynthia P. Camargo
Fernanda Pontual Perim
Georgina Fergusson
Gisèle Passos da Costa Gribel
Isadora Lee Padilha Ferri
Isis Daniella Carvalho Silva
Katia Correa Vione
Laila Pires Ferreira Akerman
Livia Maria Maulaz Freitas
Mayara Natália de L. S. Chaves
Mirian Béccheri Cortez
Monalisa Nascimento S. Barros
Nayara Oliveira Francisco
Paola Vargas Barbosa
Patrícia Ribeiro Pinto Furieri
Paulo Batistuta Novaes
Roberta Rangel Batista
Sérgio Werner Baumel
Taísa Candido de Batista
Valeschka Martins Guerra
Virgínia Effgem

Life affords no greater responsibility, no greater privilege,
than the raising of the next generation.
C. Everett Coop

Sumário

Apresentação: gestação e maternidade: a visão da psicologia 16
Valeschka Martins Guerra
Andrea dos Santos Nascimento
Camila Nogueira Bonfim Duarte
Nayara Oliveira Francisco

Referências 20

PRIMEIRA PARTE:
MANUAL INFORMATIVO PARA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Capítulo 1
Mudanças físicas e psicológicas durante o ciclo gravídico-puerperal: o corpo grávido 22
Ana Cristina Barros da Cunha
Gisèle Passos da Costa Gribel
Laila Pires Ferreira Akerman

Postura e marcha 23
Alterações do metabolismo 23
Sistema cardiovascular 24
Sistema respiratório 24
Sistema sanguíneo 25
Sistema Gastrointestinal 26
Sistema renal 26
Sistema endócrino 27
Função tiroidiana 27
Função pancreática 27
Função hipofisária 27
Alterações da pele 28

Sistema reprodutor 29
Transformações psíquicas e mudanças psicológicas próprias da gestação .. 30
Gravidez como uma etapa do ciclo vital da mulher 30
Dinâmica psíquica ao longo do ciclo gravídico 31
Autoimagem e gestação 33
Mudanças psicológicas nos três trimestres de gestação 34
Primeiro trimestre 35
Segundo trimestre 37
Terceiro trimestre 38
Inclusão do parceiro(a) na dinâmica psicológica da gravidez 41
E continua no puerpério... 41
Considerações finais 42
Referências 43

Capítulo 2
O papel dos profissionais envolvidos no atendimento à mulher/ casal grávido 47
Cláudia Fell Amado
Isis Daniella Carvalho Silva
Mayara Natália de Lima Silva Chaves

Acompanhamento do Pré-Natal 49
Médico Gineco-Obstetra 50
Enfermeiro obstetra / Obstetriz 51
Fisioterapeuta 53
Nutricionista 55
Educador Físico 55
Parteira 56
Doula 58
Considerações finais 60
Referências 60

Capítulo 3
Cesariana, parto normal e parto natural: desnaturalizando verdades absolutas..... 66
Paulo Batistuta Novaes
Patrícia Ribeiro Pinto Furieri

Mudanças históricas na forma de parir..... 69
O que é parto humanizado?..... 72
Qual tipo de parto é melhor? 74
Quais são as reais indicações de cesariana?..... 77
Mitos e verdades sobre o parto..... 80
Considerações finais 83
Referências..... 83

Capítulo 4
Puerpério: mudanças corporais e cuidados com o bebê 87
Isis Daniella Carvalho Silva
Mayara Natália de Lima Silva Chaves
Cláudia Fell Amado

Definição de puerpério..... 87
Mudanças corporais..... 90
Cuidados com o bebê recém-nascido 91
Preparando-se para receber o bebê.....91
Vacinação do recém-nascido 92
Testes de triagem neonatal 92
As principais características do recém-nascido..... 93
Cuidando do RN em casa (Beck et al., 2004)..... 93
Alimentação do RN..... 94
Recém-nascido prematuro 95
Sinais de perigo para o recém-nascido 95
Amamentação 95
Vantagens para a criança (Ministério da Saúde, 2011):..... 96

Vantagens para a mãe, a família e a comunidade (Ministério da Saúde, 2011): 97
Manejo da amamentação 98
Preparo das mamas para o aleitamento 101
Dificuldades com o aleitamento no período puerperal 101
Contraindicação 102
Referências 102

Capítulo 5
A tristeza materna: diferenças e semelhanças entre o *baby blues* e a depressão pós-parto 105
Roberta Rangel Batista

O sentimento de tristeza em puérperas: identificando o *baby blues* e a depressão pós-parto 107
Baby blues e depressão pós-parto: formas de prevenção e tratamento 111
Considerações Finais 112
Referências 113

Capítulo 6
Sexualidade na gravidez e no puerpério 121
Cynthia Perovano Camargo
Sérgio Werner Baumel
Nayara Oliveira Francisco

Introdução 121
Sexualidade 122
Modelos de função sexual 123
Gravidez e puerpério 125
Desejo sexual na gestação e no puerpério 126
Supressores fisiológicos 129
Supressores psicológicos 130
Incitadores fisiológicos 132

Incitadores psicológicos 132
Dinâmica do casal/relacionamento 133
Papel dos profissionais de saúde 134
Sugestão de roteiro para atendimento 135
Considerações finais 136
Referências 137

Capítulo 7
Violência obstétrica: definição, fatores históricos e caminhos alternativos 140
Camila Nogueira Bonfim Duarte
Taísa Candido de Batista
Fernanda Pontual Perim
Isadora Lee Padilha Ferri

O que é? Como identificar? Por que acontece? 140
Por que isso acontece? 145
Mas então, qual a solução? 148
Providências a tomar para denunciar a violência sofrida 150
Referências 152

SEGUNDA PARTE:
DISCUTINDO CONCEITOS E SIGNIFICADOS NA GRAVIDEZ E NO PUERPÉRIO

Capítulo 8
Por uma história da maternidade e dos cuidados maternos 158
Bianca Martins Buzatto

Concepções de mãe e maternidade na história 161
Maternagens e suas construções 167
Considerações finais 170
Referências 172

Capítulo 9
A mídia, a produção de subjetividades serializadas e o cuidado com o corpo grávido.....177
Monalisa Nascimento Santos Barros
Andrea dos Santos Nascimento

Considerações finais 184
Referências.....186

Capítulo 10
Desafios na trajetória para maternidade: aspectos físicos e psicológicos da infertilidade 188
Ana Cristina Barros Cunha
Livia Maria Maulaz Freitas

Lidando com um problema real: aspectos físicos da infertilidade..... 191
Vivência subjetiva do casal e aspectos psicológicos da infertilidade.....196
Referências..... 200

Capítulo 11
Síndrome do impostor, autoeficácia e apoio social em mães de primeira viagem do Reino Unido 205
Georgina Fergusson
Katia Correa Vione

Introdução..... 205
Método 210
Participantes 210
Instrumentos 210
Procedimento 213
Resultados 212
Discussão.....213
Referências.....216

Capítulo 12
O caminho de construção da parentalidade.....221
Mirian Béccheri Cortez
Paola Vargas Barbosa

Mas, aprender a ser pai? Aprender a ser mãe? Sim, acreditamos que é preciso começar nossa conversa por aí: pais e mães não nascem prontos!222
Parentalidade pode ter sua magia… mas não é algo mágico. 224
Parentalidade e aspectos geracionais..... 225
Modelos de família..... 226
"Jeito certo" de exercer a parentalidade? Mais um mito a ser quebrado226
Decifrando seu filho 228
"Não" é não 230
Considerações finais 233
Referências..... 234

Capítulo 13
Quando o bebê não vai para casa: a parentalidade iniciada no contexto hospitalar..... 239
Carolina Monteiro Biasutti
Virgínia Effgem

Considerações finais 250
Referências..... 250
Sobre as autoras e os autores 254
Lista de assuntos..... 263

Apresentação: gestação e maternidade: a visão da psicologia

Valeschka Martins Guerra
Andrea dos Santos Nascimento
Camila Nogueira Bonfim Duarte
Nayara Oliveira Francisco

Este livro, escrito e organizado majoritariamente por mulheres, nasceu a partir de encontros entre duas docentes, uma mestranda e uma graduanda em Psicologia em suas diferentes vivências, discutindo mitos e verdades acerca do parto normal e da cesárea. Toda essa discussão se deu inserida em um cenário brasileiro de muita informação, mas também de violação de direitos e desrespeito às decisões da mulher gestante ou do casal (Sena & Tesser, 2017). Em geral, a gravidez, o parto e o puerpério são discutidos de forma muito breve dentro da formação em psicologia, especialmente se considerarmos

a importância psíquica desses períodos para a mulher e sua companheira ou companheiro. Para outras áreas do saber, o conhecimento também é condensado e não são abordadas questões emocionais e psicológicas pertinentes a esses períodos.

Profissionais em atendimento a mulheres nesta etapa da vida devem levar em consideração que a experiência da gestação é única para cada mulher. E essa não é uma experiência unicamente fisiológica, mas também emocional e está associada a uma série de concepções, mitos e crenças compartilhadas socialmente (Patias & Buaes, 2012). Neste sentido, não é necessário apenas ter informações básicas acerca das mudanças corporais e da influência dos hormônios na gestação e no puerpério, informações essas ausentes na imensa maioria dos cursos de graduação de formação profissional em psicologia. Adicionalmente, também se faz necessário um conhecimento mais profundo acerca dos diversos fatores psicológicos que fazem parte desse período. Estes não envolvem apenas sentimentos de felicidade e o florescer do instinto materno, como propagado socialmente. A futura mãe é tomada por sentimentos de apreensão relacionados à própria saúde e à saúde da criança, ao processo de gestação, o parto, medo da dor, do tipo de apoio necessário e, até mesmo, como o parto ocorre (Benute, Nomura, Santos, Zarvos, Lucia & Francisco, 2013).

O puerpério é ainda menos abordado e, por isso, ainda mais difícil de lidar. A mãe de primeira viagem não sabe se terá condições de cuidar bem da criança após o parto, como se forma o vínculo e se esta 'gostará' dela (Simas, Souza & Scorsolini-Comin, 2013); tem dúvidas sobre a amamentação, se terá o apoio apropriado, estando tudo isso relacionado a noções socialmente compartilhadas do que é ser uma 'boa mãe' (Piccinini, Gomes, Nardi & Lopes, 2008).

Neste sentido, os profissionais precisam ter acesso a informações de qualidade sobre todo o processo de gerar e, principalmente, criar vínculo e educar uma criança na sociedade atual, onde homens e mulheres vivem com pouco tempo disponível. "Na gravidez ocorrem mudanças biológicas, somáticas, mudanças psicológicas e sociais que

influenciam a dinâmica psíquica individual e as demais relações sociais da gestante, e a maneira como ela vive estas mudanças repercute intensamente na constituição da maternidade e na relação mãe-bebê" (Piccinini et al., 2008, p. 63). Assim, enfatizamos aqui a importância do acompanhamento psicológico na gravidez e no puerpério para a manutenção da qualidade de vida da mulher.

Em nossas discussões, mencionávamos a importância de um livro sobre maternidade e parto que agregasse conhecimentos de várias áreas, apresentando informações baseadas em estudos científicos acerca das mudanças que ocorrem no corpo da mulher durante esse período e seus efeitos nos aspectos psicológicos e sociais desta mulher. Além disso, esse material também deveria informar e questionar não apenas os atendimentos e procedimentos considerados padrão no atual momento histórico, mas também significados e conceitos considerados como verdades absolutas. Tomando esse desejo como base, surgiu esse livro. Uma obra que pode ser utilizada por estudantes das ciências humanas, sociais e da saúde, de forma a auxiliar na sua formação e em possíveis atendimentos futuros a mulheres nesse período da vida. Para isso, apresenta uma coletânea de textos, divididos em duas partes.

A primeira parte do livro apresenta informações básicas acerca da gravidez, parto e puerpério. Tais dados buscam informar o leitor e a leitora acerca das mudanças que ocorrem durante este período, de forma a permitir um melhor atendimento, baseado em evidências, da mulher e do casal grávido. Aqui, Cunha, Gribel e Akerman (Capítulo 1) apresentam e discutem as mudanças físicas e psicológicas durante o ciclo gravídico-puerperal, conhecimento essencial para quem fornece serviços de atendimento a esse público.

Em seguida, Amado, Silva e Chaves (Capítulo 2) apresentam uma descrição detalhada dos diversos serviços profissionais que podem ser prestados à mulher e ao casal grávido durante a gestação, parto e puerpério. No Capítulo 3, Novaes e Furieri apresentam as características, diferenças e mitos associados aos tipos de parto

normal, natural e cesariana. O puerpério já é discutido no Capítulo 4, por Silva, Chaves e Amado. Esta fase tão delicada merece uma atenção especial dos profissionais que atendem a essa população. Mais informações acerca do puerpério são mencionadas no Capítulo 5, onde Batista discute as características do *baby blues* e da depressão pós-parto, no Capítulo 6, onde Camargo, Baumel e Francisco apresentam informações sobre a sexualidade na gravidez e no puerpério, e no Capítulo 7, Duarte, Batista, Perim e Ferri discutem a definição e características da violência obstétrica.

A segunda parte do livro trata de discutir o *status quo* de conceitos e normas que fazem parte da sociedade no que diz respeito a estes temas, questionando verdades absolutas e os significados associados às situações vivenciadas na gravidez e no puerpério. Esta parte inicia-se com o Capítulo 8, onde Buzatto trata sobre a construção histórica e social da concepção de maternidade, mãe e maternagem, apresentando um levantamento das modificações que o conceito de maternidade sofreu ao longo do tempo e sua influência nos cuidados posteriores com a criança. No Capítulo 9, Barros e Nascimento apresentam uma discussão sobre a influência da mídia nas escolhas da mulher acerca do tipo de parto e da construção social do corpo grávido.

Para finalizar, quatro capítulos que tratam de temas importantes para a área: no Capítulo 10, Cunha e Maulaz fazem um levantamento dos aspectos físicos e psicológicos da infertilidade; no Capítulo 11, Fergusson e Vione relatam uma pesquisa sobre a influência do apoio social e da autoeficácia na síndrome do impostor de mães de primeira viagem no Reino Unido; Cortez e Barbosa apresentam, no Capítulo 12, o importante caminho de construção da parentalidade; e, finalmente, o Capítulo 13 trata da construção da parentalidade quando o bebê precisa permanecer no hospital.

Este material foi escrito em homenagem a todas as mulheres que se constroem mães, gestantes e puérperas, junto a seus pares e famílias e em meio aos inúmeros desafios emocionais, psicológicos,

fisiológicos, culturais, raciais e socioeconômicos presentes na realidade brasileira. Esperamos que a partir desse livro, leitoras e leitores envolvidos nessa temática, possam consultar outras referências que ajudem a sanar dúvidas e melhorar a vivência desses períodos, durante a formação ou mesmo no exercício da prática profissional.

REFERÊNCIAS

Benute, G. R.G., Nomuram R. Y., Santos, A. M., Zarvos, M. A., Lucia, M. C. S., & Francisco, R. P. V. (2013). Preferência pela vida de parto: uma comparação entre gestantes nulíparas e primíparas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 35**(6), 281-285.

Patias, N. D. & Buaes, C. S. (2012). "Tem que ser uma escolha da mulher!" Representações da maternidade em mulheres não-mães por opção. **Psicologia & Sociedade, 24**(2), 300-306.

Piccinini, C. A., Gomes, A. G., De Nardi, T., & Lopes, R. S. (2008). Gestação e constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo, 13**(1), 63-72.

Sena, L. M. & Tesser, C. D. (2017). Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface, 21**(60), 209-220.

Simas, F. B., Souza, L. V., & Scorsolini-Comin, F. (2013). Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e multíparas. **Psicologia: Teoria e Prática, 15**(1), 19-34.

Primeira parte: manual informativo para formação profissional

Capítulo 1

Mudanças físicas e psicológicas durante o ciclo gravídico-puerperal: o corpo grávido

Ana Cristina Barros da Cunha
Gisèle Passos da Costa Gribel
Laila Pires Ferreira Akerman

A gestação é um momento de preparação para grandes transformações na vida das mulheres e desde o seu início ocorrem muitas mudanças no funcionamento corporal, ou seja, na fisiologia da gestante. As alterações fisiológicas da gestação decorrem basicamente de fatores hormonais e mecânicos. No seguimento pré-natal, o conhecimento das transformações corporais auxilia o casal a lidar com a

gestação normal, fazendo com que eles e toda a família se prepare para adotar os cuidados necessários durante ciclo gravídico. Neste modelo de *cuidado integrativo*, sinais que possam estar relacionados ao desvio da normalidade serão precocemente notificados (Manory, 1997). Portanto, o casal participará ativamente do processo de gestação com orientações da equipe de saúde para garantia do seu bem-estar e do bebê.

POSTURA E MARCHA

O crescimento das mamas e do útero provoca deslocamento do centro de gravidade para frente e consequentemente o corpo da mulher se desloca para trás. A gestante passa se mover como se estivesse transportando um objeto pesado, com as mãos à frente do abdome. É comum queixas de dor na região lombar, tórax ou pescoço. Ocorre ainda o relaxamento das estruturas articulares da pelve, resultando em uma marcha semelhante à de gansos (*marcha anserina*) (Montenegro & Rezende Filho, 2017). Estas modificações devem ser observadas e para tal devem ser adotados cuidados durante a deambulação habitual, tais como restringir ao máximo o transporte de peso, evitar movimentos bruscos, utilizar calçados confortáveis e um posicionamento corporal meticuloso que evite o estiramento muscular ou a compressão da vascularização e inervação durante a analgesia regional e o parto (Chestnut et al, 2016). Cabe ainda a orientação ao casal sobre terapias não-farmacológicas de alívio, como massagens, yoga e técnicas de respiração (Donatelli, 2013).

ALTERAÇÕES DO METABOLISMO

Em virtude da transferência crescente de glicose e aminoácidos pelo feto, o corpo materno passa a consumir cada vez menos glicose, utilizando gradativamente mais gorduras como fonte de energia. O feto obtém ácido ômega-3 a partir do metabolismo da gordura materna.

Devido ao metabolismo de gordura estar amplificado, há o aumento nos depósitos da mesma até o último trimestre e, consequentemente, um aumento de peso pela gestante. A quantidade de água no corpo materno aumenta substancialmente por ação regulatória hormonal sobre a função renal. A sede na gestante também fica mais pronunciada. Há aumento da absorção de cálcio intestinal, proporcionando a transferência fetal deste nutriente, que é favorecido pelo aumento do nível de vitamina D3 sanguínea materna. Estas alterações levarão a modificações em concentrações de diversas substâncias no sangue e outros tecidos. Portanto, o acompanhamento, através de exames laboratoriais, deve ser cuidadoso e rotineiramente realizado durante o pré-natal.

SISTEMA CARDIOVASCULAR

A quantidade de sangue materno aumenta consideravelmente com consequente queda na pressão arterial. A frequência de batimentos cardíacos também aumenta. Assim, o coração materno aumenta a quantidade de sangue ejetada a cada minuto para manter a irrigação uterina e da placenta, o que garantirá o desenvolvimento fetal. Ainda, o crescimento do útero provocará acúmulo de sangue venoso nos membros inferiores, podendo por isso a gestante apresentar episódios de lipotimia (perda da força muscular com possíveis desmaios). O útero pode, da mesma forma, comprimir os vasos arteriais pélvicos, diminuindo a irrigação da placenta quando a paciente assume a posição supina (deitada de costas), postura que deve ser evitada nas gestantes a termo (Bucklin, Gambling, Wlody, & Glavlee, 2009).

SISTEMA RESPIRATÓRIO

Em virtude do aumento da demanda energética decorrente do crescimento do útero, do concepto, da placenta e do funcionamento das glândulas maternas, ocorre aumento do consumo do oxigênio, fundamental para todo o metabolismo da gestante. O sistema respiratório

sofre modificações por influência da progesterona no sentido de promover hiperventilação; entretanto, não há alteração no pH sanguíneo materno por mecanismos compensatórios bioquímicos. Do ponto de vista anatômico, ocorre a friabilidade (tecido facilmente lesionado) e edemas das mucosas das vias aéreas. Por sua vez, o deslocamento do diafragma pelo útero diminui a tolerância a períodos de apneia (Bucklin et al, 2009).

SISTEMA SANGUÍNEO

Associado ao acréscimo do volume de sangue por aumento de líquido corporal, os índices relacionados às células vermelhas apresentam decréscimo pela diluição, por exemplo, da concentração de hemoglobina e da contagem de hemácias. Isto constitui a anemia fisiológica da gestação. Normalmente há aumento da necessidade de ferro, tanto para demanda fetal e placentária, quanto para a prevenção da anemia pela perda sanguínea do parto, o que justifica a suplementação de ferro durante a gestação (Montenegro & Rezende Filho, 2017). A suplementação de ácido fólico deve ser realizada mesmo no período preconcepção a fim de prevenir defeitos neurológicos fetais. Já durante a gestação esta suplementação evita anemia por carência deste nutriente (Montenegro & Rezende Filho, 2017).

O mecanismo da coagulação apresenta adaptações específicas para incrementar sua atividade frente às perdas sanguíneas por ocasião do parto. Há um aumento da concentração de fatores de coagulação e diminuição dos componentes da fibrinólise (mecanismo de decomposição do coágulo após restauração do tecido). Contrariamente, o número de plaquetas habitualmente se reduz (Montenegro & Rezende Filho, 2017) e, desta forma, instala-se um padrão de hipercoagulabilidade (exacerbação da coagulação sanguínea). Isto pode resultar em aumento da chance de fenômenos tromboembólicos na gestante e puérpera. Cuidados profiláticos para o controle e prevenção destes fenômenos devem ser incluídos durante o manejo das gestantes.

Embora o número de células sanguíneas de defesa (leucócitos) aumente na gravidez, a atividade de defesa do organismo por estas células está diminuída, o que torna as gestantes mais sensíveis a infecções. Durante a gestação o Ministério da Saúde propõe como rotina a revisão da imunização da gestante para proteção do recém-nascido (Ministério da Saúde, 2012). Modificações fisiológicas do sistema sanguíneo podem, por vezes, se superpor às alterações comuns de doenças específicas da gestação; ou precipitar o agravamento de distúrbios pré-gestação, tais como: anemia ferropriva e lúpus eritematoso sistêmico, respectivamente. Para prevenção de tais situações são realizados exames de sangue preventivos periódicos durante a gestação.

SISTEMA GASTROINTESTINAL

A ação hormonal se faz presente no primeiro trimestre, quando da ocorrência de edema nas gengivas e sangramento, além de náuseas e vômitos, principalmente pela manhã (Montenegro & Rezende Filho, 2017). Ocorre ainda aumento da produção de saliva (Bornia, Barbosa, & Silva, 2015) com riscos de regurgitação devido a mesma ação hormonal sobre o esfíncter esofágico inferior, agravado pelas distorções do posicionamento do estômago pelo crescimento uterino. Há uma redução da produção de gastrina (hormônio peptídeo que estimula a secreção de ácido clorídrico e a motilidade do estômago). Não há aumento do volume gástrico e queda do pH no termo; porém, é maior a frequência de relatos de constipação intestinal e distensão da vesícula biliar na gestação. Estas alterações podem exigir um adequado acompanhamento e manejo nutricional na gestação e no período do parto.

SISTEMA RENAL

Em virtude do aumento do volume sanguíneo, o fluxo de sangue aumenta consideravelmente nos rins e tem impacto na filtração renal.

Há relaxamento dos compartimentos do sistema urinário e eventualmente se observa graus de obstrução. Há, portanto, necessidade de monitoramento em busca de possível necessidade de drenagem ou mesmo de tratamento de infecções urinárias. Pode, ainda, haver aumento de excreção de albumina e glicose e estes níveis em situações patológicas podem exceder o esperado.

SISTEMA ENDÓCRINO

Função tiroidiana

Elevam-se os hormônios tiroidianos e a glândula tiroide aumenta seu volume. O hormônio estimulante da tiroide apresenta leve queda inicial, recuperando seu nível normal após o primeiro trimestre. As necessidades de iodo aumentam na gestação. O acompanhamento laboratorial da função tiroidiana deve ser trimestral em virtude dos níveis adequados variarem no decorrer da gestação (Bornia et al, 2015).

Função pancreática

Há aumento da resistência à insulina por produção de hormônio placentar. Em virtude do alto consumo fetal, a glicemia materna é mais baixa do que em mulheres não-grávidas (Neves, Medina, & Delgado, 2007). Portanto, a gestante é mais sensível ao jejum, devendo ajustar a ingestão de alimentos à demanda e adequação dos seus intervalos.

Função hipofisária

A função hipofisária de controle da secreção de prolactina (hormônio secretado pela adenoipófise cuja função principal é estimular a produção de leite) está modificado pela gravidez por aumento de células lactotróficas sob a ação de estrogênios (hormônios femininos

relacionados com o controle da ovulação e desenvolvimento de características femininas). A produção de IGF1(*insulin-like growth factor I*) está estimulada por ação do hPL (hormônio lactogênio placentar e variante do GH), ambos responsáveis por modular a produção dos hormônios hipofisários. Após a 25ª semana de gestação há diminuição da secreção de GH hipofisário secundário à inibição pelo alto nível de IGF1. Há redução nos níveis séricos de LH (*luteinizing hormone*) e de FSH (*follicle-stimulating hormone*), resultando na supressão do amadurecimento dos folículos ovarianos e ovulação. O nível do hormônio estimulante da tiroide apresenta curva peculiar já descrita anteriormente. Os níveis de ACTH (*adrenocorticotropic hormone*) aumentam durante a gravidez, sendo atuante no funcionamento das glândulas suprarrenais. Este hormônio atinge concentrações quatro vezes superiores às das mulheres não grávidas entre a 7ª e a 10ª semana da gestação. Há outro aumento gradual do ACTH entre a 33ª e a 37ª semana, atingindo níveis cerca de cinco vezes superiores aos do período anterior à gravidez. Imediatamente antes do parto a concentração do ACTH diminui cerca de 50%, havendo um aumento de 15 vezes durante a fase de *stress* do parto. Ao completar 24 horas após o parto, o ACTH retorna à concentração anterior à gravidez. Anatomicamente se observa aumento do volume hipofisário (Neves et al, 2007).

ALTERAÇÕES DA PELE

Há aumento de pilificação (área corporal coberta por pelos), aparecimento de vasos avermelhados (*telangiectasias*) e hiperatividade das glândulas sebáceas. Há hiperpigmentação na face (*cloasma*), pescoço, aréolas, linha mediana inferior do abdome e vulva. Ocorre frequentemente o aparecimento de estrias no abdome e mamas. Cabe o aconselhamento dermatológico a fim de otimizar a proteção da pele e proporcionar a diminuição de sequelas (Montenegro & Rezende Filho, 2017).

SISTEMA REPRODUTOR

Desde os primórdios da humanidade a observação da fisiologia do útero e de outros fenômenos da gestação tiveram registros na história da Humanidade, como, por exemplo, nos documentos originados de experiências e registros do povo chinês. Os primeiros registros escritos sobre Ginecologia na China, tratando de problemas do parto, datam de 1500 a 1000AC *(Dinastia Shang).* Segundo a visão oriental, a arte de trabalhar a energia corporal (*Qi*) através da manipulação de pontos localizados em canais ou meridianos por onde essa energia flui, pode alimentar adequadamente os órgãos (*Zang-fu*) com sangue e fluidos corporais. Esta fisiologia corporal deve respeitar os princípios básicos da formação do corpo (*Tao*), onde a energia assume duas características de acordo com os ciclos da natureza: o aspecto do consumo ou atividade (*Yang*) e o aspecto do ganho ou passividade (*Yin*). Durante a gravidez há um acúmulo de *Yin* porque não há mais perda mensal de sangue. O sangue será utilizado preferencialmente na nutrição do feto e é regido pelo coração, explicando desta forma a anemia materna por diluição (Maciocia, 2000). As doenças surgiriam, então, por alteração no fluxo energético, a qual formaria áreas de acúmulo, carência ou estagnação da força. Sob esta perspectiva, as alterações seriam inicialmente funcionais, evoluindo para alterações orgânicas, terminando com a morte celular após a interrupção total do fluxo energético (Gribel, 2015).

Na visão da medicina ocidental, de forma similar, o útero apresenta capacidades de crescimento e modificação da consistência por estímulos hormonais e nervosos. Além disso, ele absorve o fluxo sanguíneo crescente para garantir o desenvolvimento da placenta e do concepto. As células musculares aumentam em número e quantidade, assim como a vascularização e o tecido de sustentação também aumentam. Há, paralelamente, o desenvolvimento das estruturas envolvidas na propagação entre as células de variações dos potenciais de membrana durante as contrações. Estas variações se iniciam

a partir de um "marca-passo" no fundo uterino (Montenegro & Rezende Filho, 2017). A parte mais baixa e estreita do útero, denominada colo que tem forma tubular, próximo ao termo responde aos mesmos estímulos hormonais com amolecimento, modificação da posição, abertura e apagamento (ou encurtamento). Durante a gestação a vagina apresenta queda do pH, aumento da secreção pelos estímulos hormonais, além da alteração de pigmentação já descrita (Montenegro & Rezende Filho, 2017).

Traçando um paralelo entre as alterações físicas e suas repercussões na dinâmica psíquica da mulher gestante, pode-se compreender a gravidez como um período de ciclo do desenvolvimento humano caracterizado por alterações físicas (respiratórias, bioquímicas e hormonais) que se relacionam a variabilidades psíquicas (mudanças de humor, alteração da autoimagem etc.). Sabe-se, por exemplo, que os hormônios sexuais exercem grandes efeitos no comportamento e, assim, as intensas mudanças nos níveis de estrogênio e progesterona durante o ciclo gravídico influenciam a dinâmica psicológica do processo de gravidez. Sintomas físicos típicos da gestação, como hipersonia, náusea e vômitos, podem estar relacionados tanto às alterações hormonais quanto as tensões psicológicas. Além disso, oscilações de humor, comuns desde o início da gestação, relacionam-se tanto com as mudanças metabólicas como com o empenho psicológico da gestante para se adaptar à nova realidade (Maldonado, 2002).

TRANSFORMAÇÕES PSÍQUICAS E MUDANÇAS PSICOLÓGICAS PRÓPRIAS DA GESTAÇÃO

Gravidez como uma etapa do ciclo vital da mulher

A gestante passa por grandes mudanças psicossociais que resultam em transformações psíquicas, muitas intimamente relacionadas às alterações físicas e mudanças psicológicas (Vieira & Parizotto, 2013). Do ponto de vista psíquico, os indivíduos sempre vivenciam

situações de mudanças e reestruturações de sua personalidade a cada ciclo vital. No ciclo de vida da mulher, a gestação é um período crítico de desenvolvimento psíquico e marco do desenvolvimento psicológico (Simas, Souza & Scorsolini-Comin, 2013), A gravidez exige da mulher reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos, constituindo, assim, um período temporário de crise e de desorganização do funcionamento psíquico. Essa crise é ultrapassada de acordo com as capacidades da mulher para atender as demandas físicas e psicológicas da gestação e da maternidade. Logo, a gravidez exige, tanto das mulheres primíparas (mães pela primeira vez) quanto de multíparas (mães que já passaram por outras gestações), reestruturações psicológicas que facilitem uma vivência positiva do processo de gestar (Winnicott, 1987/1999).

A mulher quando engravida passa de um ser independente para, gradualmente, assumir um compromisso por uma vida inteira com outro ser humano, o que implica em perdas existenciais (Maldonado, 2002). Assim, a dinâmica psíquica da mulher durante a gravidez é marcada por sentimentos ambivalentes, ora pelo presente que se ganha e ora pela liberdade que se perde. Dentro de uma perspectiva psicanalítica, a gestação é uma experiência que leva a mulher a viver intensos sentimentos de desamparo e ansiedade, quando ela passa a necessitar de proteção e amparo para investir subjetivamente em um claro processo de identificação com o feto (Simas et al., 2013).

Dinâmica psíquica ao longo do ciclo gravídico

A crise psíquica da gestação implica na vivência de diferentes etapas ao longo do ciclo gravídico, que variam desde a fase de aceitação da gravidez, que passa pela aceitação da realidade do feto, reavaliação e reestruturação da relação da gestante com seus próprios pais e companheiro ou companheira; até a aceitação do feto como uma pessoa independente dela, que passa pela reavaliação e reestruturação de sua própria identidade e, por fim, pela construção de expectativas acerca

da maternagem e da identidade feminina (Maldonado, 2002). Fatores pessoais e do contexto ecológico da mulher grávida têm importante repercussão na vivência psicológica da gestação.

A comunicação da notícia da gravidez para o parceiro ou parceira, familiares e amigos (as), por exemplo, tem repercussões diferentes dependendo do contexto. Se a gravidez foi planejada e desejada sua notícia é celebrada, enquanto se a gestação é precedida de muitos episódios de abortamento, a mulher pode experimentar ansiedade frente a possibilidade de uma nova perda gestacional. Por vezes a gravidez pode até não ser planejada, mas passa a ser desejada pela mulher e os demais envolvidos. Todos, após o impacto inicial da "gravidez--surpresa", passam a aceitar e investir emocionalmente na gestação inesperada. A preferência nítida por um determinado sexo para seu bebê pode também se relacionar com questões psicodinâmicas complexas, como a identificação com a própria figura materna, ciúmes e rivalidade na relação conjugal e fatores do contexto sociocultural, como a valorização patriarcal por um filho homem, por exemplo.

Sob a perspectiva teórica bioecológica (Bronfenbrenner, 1996), a gestação se situa no centro de um processo sistêmico e dinâmico de interações bidirecionais e recíprocas. Essas interações se estabelecem entre a mulher e os diversos elementos dos seus contextos ecológicos, que variam desde um nível microssistêmico (seu parceiro ou parceira, família, trabalho, suas crenças e valores pessoais), até um nível macrossistêmico, que envolve sistemas de outra ordem (cultura, política, ideologias, etc.). Todos esses elementos influenciam o processo de gestar de forma integrada. Logo, para uma ampla compreensão da dinâmica psíquica ao longo do ciclo gravídico é importante levar em consideração a interação de fatores como a história pessoal da gestante, o contexto existencial da gravidez, as características da evolução da gestação, a cultura e o contexto socioeconômico da gestante. Esses elementos influenciam a transição da mulher para a maternidade juntamente com as alterações físicas e psicológicas.

Autoimagem e gestação

As intensas e rápidas alterações físicas do período gravídico e a transição psicossocial para a maternidade mobilizam nas gestantes mudanças significativas em relação a sua percepção corporal. Como uma representação psicológica do próprio corpo baseada em crenças e na auto percepção da sua própria aparência, a autoimagem da gestante será marcada por influências biológicas, psicológicas e sociais. Discrepâncias entre um ideal social de corpo e de autoimagem corporal podem representar, muitas vezes, grande estresse para a gestante. Ela vivencia um período muito particular da sua existência, no qual o ganho de peso é esperado e socialmente aceito. Além disso, o corpo grávido permite transgredir a norma cultural que condena o ganho de peso e, nestes casos, ganhar peso por estar grávida passa a ser aceitável, mas engordar não! Muitas vezes o aumento da cintura no primeiro trimestre gestacional, sem que a gestação seja ainda fisicamente perceptível aos outros, faz com que a mulher experimente certo mal-estar. Ao contrário, o aumento visível do volume abdominal é entendido como uma confirmação da gravidez, quando a mulher adquire o "status de grávida".

Mudanças esteticamente visíveis no corpo da mulher constroem também uma forma diferente de se relacionar com outras pessoas. A gestante pode perceber, por exemplo, o seu corpo como uma propriedade pública, uma vez que é comum que familiares, amigos, e mesmo desconhecidos toquem sua barriga ou façam comentários sobre sua aparência. Este aspecto pode ser visto como invasivo, mas também como socialmente prazeroso pela mulher. Outras mudanças são mais subjetivas, como por exemplo, a percepção de que o controle do próprio corpo agora é compartilhado com um outro: o feto. Concomitante a isso, existe uma preocupação com o corpo depois da gravidez, uma vez que a expectativa social é de que a mulher recupere sua forma física anterior à gestação, o que é imediatamente impossível e pode gerar estresse e frustração. Temores como esse se relacionam

ainda com o medo de se transformar definitivamente em outra pessoa e nunca mais poder recuperar sua antiga identidade, que passa a ser moldada pela experiência da maternidade.

Mudanças psicológicas nos três trimestres de gestação

De forma sistemática e didática as mudanças psicológicas da gestação podem ser apresentadas e discutidas com base na evolução da gravidez nos três trimestres gestacionais. No entanto, essa é uma separação arbitrária e artificial, porque nem todas as mudanças são vivenciadas por todas as mulheres ou casais nessa sequência e na mesma intensidade (Maldonado, 2002). Considerando que a gravidez é um período da vida da mulher marcado por um estado emocional de insegurança, medos e angústias (Sarmento & Setúbal, 2003), condições emocionais, como a ansiedade por exemplo, acompanham todo o ciclo grávido-puerperal. Por vezes, esta condição pode gerar estados de insatisfação, intranquilidade, insegurança, incerteza e medos, que atualizam as angústias características das diferentes etapas do processo de gestar. Em cada trimestre gestacional irão ocorrer mudanças psicológicas e transformações psíquicas especificas, pautadas nas alterações físicas próprias de cada etapa do ciclo gravídico. Este ciclo da vida da mulher enfrenta e marcado por grande vulnerabilidade física e psíquica resultante da fragilidade emocional própria da gravidez. É comum ela vivenciar certa ambivalência de sentimentos, de acordo com as ansiedades típicas de cada trimestre.

De um modo geral, no primeiro trimestre, até o aparecimento dos movimentos fetais, a gestante investe psicologicamente na construção da sua maternidade com base na sua experiência de relação familiar. Já no segundo trimestre ela investe na elaboração do significado da gravidez com base na sua relação e contexto conjugal. Por fim, no terceiro a elaboração psíquica da gravidez se pauta em temas relacionados à separação do bebê e o parto.

Primeiro trimestre

Dentre as manifestações de ambivalência afetiva típicas do primeiro trimestre estão as dúvidas, que, mesmo diante da confirmação clínica da gravidez, surgem junto com sentimentos de alegria, apreensão, irrealidade ou mesmo rejeição. Comumente também podem surgir fantasias de aborto, que se expressam por meio de manifestações reativas de cuidado com a gravidez (zelo excessivo, como, por exemplo, evitar atividades físicas ou relações sexuais) por medo de prejudicar o feto. A ambivalência e oscilações de sentimentos típicos do primeiro trimestre demonstram o quanto o processo de gestar é dinâmico e processual. Reações iniciais não se cristalizam e mudam ao longo do ciclo gravídico. Por exemplo, uma reação inicial de rejeição pode se alterar para uma atitude de aceitação e vice-versa. Relacionado às oscilações de humor, logo no primeiro trimestre observa-se um aumento da sensibilidade dos sentidos (olfato, paladar e audição) e da irritabilidade. Isto faz com que a gestante fique mais irritada frente a eventos que anteriormente não a incomodavam (Maldonado, 2002). Assim, episódios e eventos corriqueiros podem na gravidez fazer a gestante rir ou chorar passionalmente.

Desejos por determinados alimentos, não necessariamente consumidos antes da gestação, e repulsa por outros da sua preferência antes de engravidar também se relacionam às mudanças na sensibilidade, inseguranças, ambivalências, ou mesmo deficiências nutricionais. Mudanças alimentares e aumento no apetite e, consequentemente, no peso se associam a uma complexa psicodinâmica. O aumento do apetite pode ser entendido como uma manifestação de ambivalência afetiva, com a presença de sentimento de culpa por não estar se alimentando adequadamente ou de medos de estar fazendo mal ao feto. O aumento do peso e o correspondente aumento do peso fetal podem ser sentidos como um sinal de que o feto está bem ou alimentando-se bem: "sugando" as reservas da mãe. Isto é entendido

pela mulher como uma necessidade de comer mais ou em demasia a fim de compensar a perda de suas "reservas".

Há casos que exigem ainda uma severa restrição alimentar, que pode ser entendida pela gestante como mais uma privação ou sacrifício imposto pela maternidade. Como dito anteriormente as alterações físicas levam a necessidade de acompanhamento e manejo nutricional na gestação, parto e puerpério. Para lidar com esse estresse a gestante pode desenvolver uma desordem alimentar chamada Picamalácia ou Síndrome da pica, conhecida como "(...) *a ingestão persistente de substâncias inadequadas com pequeno ou nenhum valor nutricional, ou de substâncias comestíveis, mas não na sua forma habitual*" (*American Psychiatric Association*, 2013; Ayeta, Cunha, Heidelmann & Saunders, 2015; Saunders et. al. 2009). Para diagnóstico desta síndrome pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) da Associação de Psiquiatria Americana (2013) adotam-se critérios como a ingestão persistente de substâncias não nutritivas por pelo menos 1 mês que não faz parte da cultura e não ocorre exclusivamente devido um transtorno mental. Conforme Cunha et al (no prelo), a Picamalacia pode estar associada a uma prática na gestação repassada de geração a geração como uma crença transgeracional e culturalmente aceita. Além disso, esta prática pode se relacionar tanto com aspectos nutricionais específicos (baixos níveis de ferro e alívio da sintomatologia especifica da gravidez, como enjoos, náuseas e edemas), como com aspectos emocionais relevantes (estresse e ansiedade) (Ayeta et. al. 2015; Cunha et al, no prelo).

Por fim, comportamentos de introversão e passividade associados às mudanças metabólicas podem ocorrer ainda no primeiro trimestre (Maldonado, 2002). Algumas mulheres podem se sentir com seu organismo mais lento e ficar mais concentradas, retraídas ou menos dispostas para atividades rotineiras. Outras mulheres podem relatar aumento da atividade, da energia e da disposição, mobilizadas por uma profunda sensação de produtividade por estar gerando um filho. Maior necessidade de receber afeto e atenção podem aparecer

no primeiro trimestre, o que pode repercutir negativamente na relação conjugal porque o companheiro ou companheira, que pode se sentir muito exigido(a) ou privado(a) de atenção (Maldonado, 2002).

Segundo trimestre

No início do segundo trimestre, as dúvidas quanto à saúde e o bem-estar do bebê são dirimidas por tecnologias como as ultrassonografias. As ultrassonografias permitem uma nova forma de contato e de relação dos pais com o bebê, assim como a atualização do investimento afetivo projetivo dos pais no bebê. É um primeiro encontro "virtual" da díade mãe-bebê nessa realidade que é o útero. Essa realidade passa então a ser entendida como um contexto ecológico de desenvolvimento precoce do psiquismo humano (Cunha & Frid, no prelo). Segundo Cunha & Frid (no prelo), foi por meio dos achados do campo da Psicologia Perinatal, através de novas tecnologias como a ultrassonografia, que o feto passou a ser reconhecido como um sujeito psíquico, que transpõe um caráter de inércia para inaugurar uma posição como bebê competente e com talentos. Essa mudança de percepção sobre o feto, produzida com o advento da ultrassonografia, repercutiu nas famílias um desejo de antecipar o primeiro encontro com seu bebê antes mesmo do parto. É um nascimento virtual que ganha contornos afetivos e emocionais pautados em uma narrativa sobre o feto-bebê e que gera um desejo de cuidar da melhor forma possível do filho-feto.

O segundo trimestre da gestação é considerado o período mais estável do ponto de vista emocional, porque é quando a mulher começa a sentir o feto de uma forma mais real e concreta. Ela passa a investir em um processo subjetivo de personificação do feto, que passa a adotar o status de bebê com nome e sobrenome. Nesse processo, a gestante passa a interpretar os movimentos do bebê e atribuir a ele características pessoais, como por exemplo "carinhoso", "agitado", ou mesmo "agressivo" se os movimentos fetais são vistos

como socos ou pontapés. Essas percepções também podem vir acompanhadas de ambivalência afetiva, já que podem ser interpretadas tanto como alívio, ou seja, um sinal de que o feto está vivo e bem, quanto como temor de que tem algo errado, quando os movimentos fetais não são percebidos e as fantasias angustiantes sobre a integridade do feto surgem. Fantasias de que o bebê está se comunicando com a mãe por meio de seus movimentos fazem parte do segundo trimestre e representam mais uma etapa de construção da relação mãe-bebê. Entretanto, é importante ressaltar que a relação mãe-bebê existe antes mesmo da gravidez ocorrer, pois se origina no desejo e fantasias da mulher de ter um filho e ser mãe.

Também a partir do segundo trimestre são notadas alterações em relação a sexualidade da mulher. Apesar de ser mais comum a diminuição do desejo sexual, associada a fatores psicológicos como a cisão entre maternidade e sexualidade, nota-se também o aumento da sexualidade, movido por um sentimento de feminilidade relacionado à gestação. Durante a gestação a mulher grávida é vista como "pura" e "assexuada" e nutre medos de fazer mal ao feto. Elas podem também ter a sensação de não estarem sexualmente atraentes, o que compromete a sua libido (Maldonado, 2002). Embora para muitas mulheres a gravidez possa concretizar fisicamente um ideal de feminilidade, podem coexistir com isso conflitos relacionados à transição corporal para a maternidade, que imprime dificuldades em se perceber como sexualmente atraente.

Terceiro trimestre

Por fim, no terceiro trimestre, com a proximidade do parto e a expectativa de mudanças na rotina a partir do nascimento de um filho, pode ocorrer aumento da ansiedade e da ambivalência emocional. Sentimentos contraditórios, como a vontade de ter um filho e terminar logo a gravidez, se opõem à vontade de prolongar a gravidez para adiar a necessidade de fazer as adaptações exigidas pela chegada do

bebê. Para alguns autores, essa ambivalência se relaciona, em grande parte, ao movimento exigido pela mulher de mudança de uma posição subjetiva de filha para mãe (Debray, 1988; Ferrari, Piccini & Lopes, 2006). Segundo Maldonado (2002), neste momento inicia-se a formação da relação mãe e filho e as mudanças na rede de intercomunicação familiar da gravidez. Tais mudanças começam já no primeiro trimestre, quando a mulher percebe que está grávida, e inauguram um processo inicial de identificação materna, quando a gestante passa a procurar referências em modelos maternos conhecidos, especialmente o da sua própria mãe, como forma de se preparar para a chegada do filho.

Os temores da gestante tornam-se também mais evidentes no terceiro trimestre. Medos com caráter de autopunição, como o receio de morrer no parto, de ficar com a vagina permanentemente alargada, de não ter leite suficiente ou ter um "leite fraco", e de alterar toda sua rotina de vida surgem como temores junto com fantasias sobre o bebê. O receio de ter um filho com alguma malformação ou natimorto pode existir desde o primeiro trimestre e para mães com crenças religiosas pode representar ainda um castigo ou uma missão divina.

Culminando no fim do terceiro trimestre situa-se o parto. O parto é um fenômeno psicologicamente muito significativo para a mulher e todos os envolvidos no ciclo gravídico. Percebido e sentido como uma situação de passagem de uma condição temporária de gestante para um estado permanente de mãe, o parto tem a marca da irreversibilidade. Dessa forma, é um evento que pode mobilizar ansiedade e insegurança na mulher, a qual não sabe exatamente quando e como ocorrerá tal evento. O processo de parir é um momento imprevisível e desconhecido sobre o qual parece não haver controle da mulher. Por exemplo, a gestante acredita que não será capaz sequer de reconhecer os sinais do início do trabalho de parto. Enquanto a gravidez é um processo lento e de transformações graduais, embora intensas, o parto é um fenômeno abrupto que traz consigo a separação de dois seres antes organicamente unidos.

O parto também inaugura uma das tarefas psíquicas mais difíceis da gestação: perceber o filho como um indivíduo singular e separado física e emocionalmente da mãe (Maldonado, 2002). Não se tem dúvida, ainda, de que o parto é um evento que registra lembranças dolorosas e prazerosas para a mulher. Essas lembranças representarão marcas simbólicas na construção da função materna, assim como influenciarão na percepção da mulher sobre sua capacidade de maternagem e de desempenhar bem sua função no cuidado do bebê.

Refletindo sobre os princípios do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (Ministério da Saúde, 2000), podemos supor que um cuidado assistencial humanizado no parto tem reflexos importantes na vivência da gestante do seu parto e as consequências disso para a relação mãe-bebê e para o desenvolvimento infantil. O cuidado humanizado no parto resgataria o direito da mulher a protagonizar esse momento, assim como garantiria uma vivência positiva para ela desta experiência, especialmente pela condição de fragilidade emocional que o parto impõe. De acordo com Winnicott (1954/1988), a mulher no momento do parto se encontra em um "estado de dependência", ainda que sua estrutura psíquica seja organizada e emocionalmente estável. Ao longo do processo de parir, a mulher oscila entre esse estado de dependência para um estado de independência, o que é próprio da dinâmica psíquica envolvida no momento do parto. A assistência ao parto deve considerar essa dinâmica e "partejar" a mulher auxiliando-a a atravessar este momento do parto nesse mar de oscilações hormonais e psíquicas. Para tal, uma assistência ao parto que se volte para as questões físicas e psicológicas do ciclo gravídico deve se pautar em uma escuta sensível e voltada para as demandas da mulher neste momento de fragilidade e de imprevisibilidade. Logo, pode-se concluir que a vivência subjetiva do processo de parir irá reverberar nas primeiras relações da mãe com seu filho, assim como na relação deles com o companheiro ou companheira, que atualmente tem seu direito garantido legalmente como acompanhante da mulher no parto.

Inclusão do parceiro(a) na dinâmica psicológica da gravidez

Reconhecido pelas políticas públicas como um personagem importante no cenário do parto através da Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108, 2005), o(a) parceiro(a) tem sido convocado(a) a participar também de outros momentos do ciclo gravídico, quer seja através da sua participação durante o pré-natal ou por meio do exercício da função paterna/materna tão importante para o desenvolvimento infantil. Desde o segundo trimestre, os movimentos fetais terão impacto também sobre o pai/mãe-parceira e companheiro ou companheira, podendo mobilizar uma relação triangular: mãe-bebê-parceiro(a). Para entrar nessa relação, o companheiro(a) é convocado(a) a sentir os movimentos fetais e adotar também uma posição subjetiva de investimento na gravidez, também baseada nas suas referências de relacionamento familiar como filho ou filha. Em alguns casos, o parceiro ou parceira pode vivenciar inconscientemente sentimentos de rivalidade e temor de que o bebê roube sua posição privilegiada na relação com sua mulher (Maldonado, 2002). Por outro lado, alguns homens podem investir em um processo de identificação com a gravidez tão intenso que podem desenvolver a chamada Síndrome de Couvard, que é um transtorno psicossomático que acomete o homem com sintomas físicos e psicológicos próprios da gravidez e que caracterizariam uma "pseudo-gravidez masculina". Homens acometidos por essa síndrome podem sentir durante a gravidez de sua mulher náuseas e enjoos, vômitos, aumento de apetite e peso, até sintomas mais drásticos como distensão abdominal e dores similares as do trabalho de parto (*American Psychiatric Association*, 2013).

E continua no puerpério...

É importante destacar que a gravidez como crise não é um processo que se encerra no parto, visto que grande parte das mudanças ocorrem até o puerpério. No puerpério se consolida a relação mãe-bebê, acompanhada das transformações na rotina, no relacionamento familiar e

na dinâmica psíquica e imagem corporal. Todas essas transformações tiveram impacto na vivência psicológica da gestação e tem reflexos até o puerpério. De acordo com Winnicott (1956/2000; 1960/2007), no puerpério a mãe deverá entrar em sintonia com as necessidades do seu bebê para que possa se constituir como uma mãe "suficientemente boa", ou seja, capaz de desempenhar uma função materna que sustente e promova plenamente o desenvolvimento emocional do bebê. Para esse autor, a mãe "suficientemente boa" é aquela que consegue exercer sua função materna pautada em uma capacidade chamada por ele de "preocupação materna primária", ou seja, uma sensibilidade além do comum de estar atenta às necessidades do seu bebê que surge no final da gravidez e vai até as primeiras semanas logo após o nascimento (Winnicott, 1956/2000). O exercício da função materna nestas bases é essencial para a construção de um ambiente suficientemente bom, pautado em uma relação positiva com o bebê e que auxilie na constituição psíquica infantil. Só assim o bebê será capaz de avançar de um estágio de dependência absoluta para uma dependência relativa e, em seguida, alcançar sua independência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As inúmeras alterações físicas da gestação se associam às transformações psíquicas que a gravidez impõe e repercutem diretamente na saúde mental da gestante. Todas essas alterações devem ser acompanhadas cuidadosamente durante o pré-natal para otimizar o bem-estar do binômio materno-fetal. Historicamente negligenciada devido a crença popular de que a gravidez é um período de alegria e bem-estar para as mulheres, a ênfase à atenção pré-natal sempre se centrou na assistência e no cuidado voltado para as repercussões psicológicas da gestação no puerpério, como por exemplo a depressão pós-natal. No entanto, desordens emocionais, causados diretamente ou não pelas alterações físicas, podem ocorrer desde o início da gravidez e afeta a população de gestantes com diferentes prevalências. Somente

um olhar e uma escuta sensível sustentará uma assistência humanizada que promova uma vivência positiva pela mulher de todos os aspectos físicos e psicológicos próprios do ciclo gravídico-puerperal.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association. pp. 329-31.

Ayeta, A. C. C.; Cunha, A. C. B., & Heidelmann, S. P., Saunders C. (2015). Fatores nutricionais e psicológicos associados com a ocorrência de picamalácia em gestantes. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia***, 37*. 571-577.

Bornia, R. G., Barbosa, M. M., & Silva, E. R. M. (2015). Modificações no organismo materno. Em R. A. M. Sá & C. A. H. Oliveira. *Obstetrícia básica* (pp. 77-88). São Paulo: Atheneu.

Bronfenbrenner, U. (1996). **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas.

Bucklin, B. A., Gambling D. R., Wlody, D. J., & Gravlee, G. P. (2009). **A Practical Approach to Obstetric Anesthesia** vol. 1 Philadelphia Lippincott Williams & Wilkins.

Chestnut, D. H., Wong, C. A., Tsen, L. C., Kee, W. D. N., Beilin, Y., & Mhyre, J. M. (2016). **Chestnut anestesia obstétrica: princípios e prática**. Rio de Janeiro: Elsevier.

Cunha, A. C. B., & Frid, S. P. (no prelo). Psicologia do feto: o fascínio pela origem do psiquismo humano. **Revista Mistérios da Psiquê**.

Cunha, A. C. B., Frid, S. P., Maynarde, P. S., Akerman, L. P. F. & Saunders, C. (no prelo). Gestação com picamalácia e aspectos psicológicos relacionados. **Temas em Psicologia**.

Debray, R. (1988). **Bebês/mães em revolta: tratamentos psicanalíticos conjuntos dos desequilíbrios psicossomáticos precoces**. Porto Alegre: Artes Médicas.

Donatelli, S. (2013) **Massagem para gestantes**. São Paulo: Ícone.

Ferrari, A. G., Piccinini, C. A., & Lopes, R. S. (2006). **O narcisismo no contexto da maternidade**: Algumas evidências empíricas. *PSICO, 37* (3), 271-278.

Gribel, G. P. C. (2015) Acupuntura. Em R. A. M. Sá & C. A.H. Oliveira. **Obstetrícia básica**. 3ª. ed. São Paulo. Atheneu. pp. 1127-36.

Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Dispõe sobre a garantia às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**; Brasília.

Maciocia, G. (2000). **Obstetrícia e ginecologia em medicina chinesa**. São Paulo: Roca.

Maldonado, M. T. (2002). **Psicologia da gravidez: Parto e puerpério**. São Paulo: Saraiva.

Manory, M. E. (1997). Developmental Care of the Pregnant Couple. **Journal of Obstetrics Gynecology and Neonatal Nursery, 25**(6), 525-532.

Ministério da Saúde (2000). Portaria n. 569 de 01 de junho de 2000 (BR). Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília.

Ministério da Saúde. (2012). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Montenegro, C. A. B., & Rezende Filho, J. (2017). **Obstetrícia básica.** 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Sarmento, R., & Setúbal, M. R. V. (2003). Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. **Revista Ciências Médicas**, 12 (3), 261-268.

Saunders. C., Padilha, P. C., Líbera, B. D., Nogueira, J. L., Oliveira. L. M., & Astulla, A. (2009). Picamalácia: epidemiologia e associação com complicações da gravidez. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia, 31** (9), 440-446.

Simas, F. B., Souza, L. V., & Scorsolini-Comin, F. (2013). Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e multíparas. **Psicologia: Teoria e Prática**, *15*(1), 19-34.

Vieira, B., & Parizotto, A. (2013). Alterações psicológicas decorrentes do período gravídico. **Unoesc & Ciência - ACBS, 4** (1), 79-90.

Winnicott, D. W. (1954/1988). Retraimento e regressão. Em D. W. Winnicott. **Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise** (pp. 427-435). Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Winnicott, D. W. (1956/2000). A preocupação materna primária. Em D. W. Winnicott, **Da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D. W. (1960/2007). Teoria do relacionamento paterno-infantil. Em D. W. Winnicott. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artmed.

Winnicott, D. W. (1987/1999). **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes.

Capítulo 2

O papel dos profissionais envolvidos no atendimento à mulher/casal grávido

Cláudia Fell Amado
Isis Daniella Carvalho Silva
Mayara Natália de Lima Silva Chaves

A gravidez e o nascimento de uma nova vida são momentos marcados de fortes sentimentos e emoções, principalmente para a mulher que vivencia a maior parte das mudanças. Assim, a experiência vivida tanto pela mulher quanto pelo casal grávido, ficará marcada para sempre na memória. Por esse motivo, todos os envolvidos na assistência, desde o pré-natal até o parto, têm a missão de proporcionar uma atmosfera de carinho e humanismo (Ministério da Saúde, 2014).

A visão da equipe que atende a mulher/casal grávido precisa ser ampliada, não se restringindo aos aspectos clínicos e biomédicos. As transformações dinâmicas e intensas vividas durante essa fase da vida devem ser valorizadas. Para isso, é importante avaliar e considerar aspectos como o ambiente em que vive, a história social e transformações emocionais experimentadas. A adequada relação entre todos os indivíduos envolvidos (mulher, família, cuidadores, profissionais) é uma dimensão necessária que cria vínculo, gera segurança e propicia uma ação individualizada (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2010).

É importante que os profissionais envolvidos no atendimento e acompanhamento a mulher/casal grávido demonstrem interesse e promovam um clima de acolhida baseado em confiança e empatia, respeitando-se a experiência pessoal da gestante e evitando preconceitos. Os profissionais devem oferecer oportunidade para que a mulher expresse suas queixas e dúvidas, evitando posicionamentos e condutas rígidas que prejudiquem a espontaneidade e, sobretudo, devem valorizar a escuta qualificada, evitando informações desnecessárias e/ou linguagem demasiadamente técnica, que inibam a participação ativa da mulher em sua comunicação com a equipe de saúde (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2010).

Uma das ações voltadas para a melhoria da qualidade da atenção obstétrica e para redução da mortalidade materna e perinatal foi a Portaria GM n° 569, de 1/6/2000, sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), publicada pelo Ministério da Saúde. As ações preconizadas, quando devidamente implementadas, promovem a prestação de cuidados mais humanizados, na medida em que podem responder às necessidades das mulheres durante a gravidez, o parto e pós-parto (Portaria GM n°569, 2000). Outra medida nessa direção foi a aprovação da Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, obrigando aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, a aceitarem a presença de um acompanhante, junto à mulher, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Outro aspecto importante é que os profissionais envolvidos no atendimento à mulher/casal grávido devem estar atentos a grupos suscetíveis de agravos à saúde, particularizando, quando necessário, cuidados assistenciais específicos, como, por exemplo, a adolescentes, portadores de dificuldades de comunicação, portadores de necessidades especiais, imigrantes, usuários com dificuldade socioeconômica e/ou da estrutura familiar, entre outros (Ministério da Saúde, 2013).

ACOMPANHAMENTO DO PRÉ-NATAL

O acompanhamento do pré-natal deve ser iniciado assim que a gravidez é confirmada. Seu objetivo é promover o desenvolvimento da gestação, favorecendo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. Se o início precoce do pré-natal é essencial para a adequada assistência, o número ideal de consultas permanece controverso, embora a Organização Mundial da Saúde (OMS), indique que o número adequado seria igual ou superior a 6 (seis). as consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28ª e 36ª e semanais a partir da 37ª, não existindo alta do pré-natal (Ministério da Saúde, 2013). Quando o parto não ocorre até a 41ª semana, é necessário encaminhar a gestante para a avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal (Ministério da Saúde, 2013).

O acompanhamento da gestante na Atenção Básica deve ser multiprofissional, com ênfase na participação do profissional médico e de enfermagem. O pré-natal classificado como de baixo risco pode ser realizado pelo (a) enfermeiro (a), sendo indispensável que a avaliação do risco seja permanente, ocorrendo em toda consulta (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2010). Sendo assim, quando são identificados fatores associados a um pior prognóstico para a mãe e para o bebê, a gravidez passa a ser considerada de alto risco, exigindo avaliações mais frequentes e quando necessário, uso de procedimentos

com maior densidade tecnológica e encaminhamento aos serviços de Pré-Natal de Alto Risco (Ministério da Saúde, 2013).

A consulta completa é fundamental, representando uma oportunidade para classificar riscos e adotar condutas efetivas. Deve ser composta de uma avaliação abrangente, com valorização do interrogatório complementar (características pessoais e sociodemográficas, antecedentes obstétricos, morbidades, antecedentes familiares, antecedentes ginecológicos, sexualidade, gestação atual), além do exame físico e do exame gineco-obstétrico (Ministério da Saúde, 2005).

Os exames de rotina para triagem de situações clínicas de maior risco no pré-natal devem ser solicitados no acolhimento da mulher no serviço de saúde, imediatamente após o diagnóstico de gravidez. Os resultados devem ser avaliados na primeira consulta clínica. Muitos desses exames serão repetidos no início do 3º trimestre (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2010).

Os exames complementares, de maneira geral, dão apoio ao raciocínio clínico, e os motivos de sua solicitação devem ser explicados à gestante. A confidencialidade dos resultados deve ser garantida. As condutas sugeridas devem ser informadas à gestante e seu parceiro ou parceira (Ministério da Saúde, 2013).

A seguir destacaremos outros profissionais que podem acompanhar a mulher / casal grávido durante a gravidez, o parto e o puerpério, descrevendo um pouco de suas atribuições e das particularidades da atuação de cada um.

MÉDICO GINECO-OBSTETRA

O médico gineco-obstetra possui graduação em Medicina e título de especialista em Ginecologia e Obstetrícia concedido pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. O gineco-obstetra possui atuação nas áreas de Endoscopia Ginecológica, Medicina Fetal, Reprodução Humana, Sexologia e Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia.

De acordo com o conteúdo programático da Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia que obedece aos requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências, o médico Gineco-Obstetra deve tornar-se apto a promover a saúde e prevenir, diagnosticar e tratar as afecções relacionadas à mulher, nas diferentes fases da vida. Ainda de acordo com esse documento, outras atribuições desse profissional são citadas como: compreensão da relação entre alterações psíquicas e distúrbios tocoginecológicos; prática da assistência pré-natal em todos os níveis, bem como da adequada Obstetrícia operatória (tocurgia); realização do diagnóstico e tratamento das principais intercorrências clínicas e obstétricas; desenvolvimento de conhecimentos em medicina fetal (diagnóstico ultrassonográfico das principais afecções fetais), reprodução humana (planejamento familiar e infertilidade) e diagnóstico por imagem em Obstetrícia e Ginecologia (Resolução CNRM Nº 02 /2006).

ENFERMEIRO OBSTETRA / OBSTETRIZ

Obstetriz é o profissional titular do diploma de obstetriz, com competência legal de realizar assistência obstétrica, e cuja graduação em Obstetrícia tem ênfase na promoção da saúde e na assistência à mulher durante a gravidez. O enfermeiro obstetra e a obstetriz exercem todas as atividades de Enfermagem na área de obstetrícia (Resolução COFEN nº 0477/2015).

Sendo assim, o enfermeiro pode assistir à mulher desde o pré-natal, iniciando aí uma vinculação que deve ser continuada até o puerpério. Este profissional oferece apoio físico e empático, realiza abordagem não farmacológica para alívio da dor, colocando seu conhecimento a disposição da gestante e do recém-nascido e reconhecendo os momentos críticos nos quais suas intervenções serão necessárias (Ministério da Saúde, 2014).

Os enfermeiros obstetras possuem ainda, competência para acompanhar o processo fisiológico do nascimento, de modo a

favorecer sua evolução natural, reconhecendo e corrigindo os desvios da normalidade e encaminhando os casos que necessitarem de assistência especializada. Além disso, esse profissional tem o papel de facilitar a participação ativa da mulher no processo do nascimento, considerando o modelo fundamentado nos princípios da humanização, cujas bases são: respeito ao ser humano, envolvimento, vínculo e possibilidade da mulher decidir de acordo com suas crenças e valores culturais (Merighi & Gualda, 2009).

Desde 1998, o Ministério da Saúde (MS) vem formando e qualificando enfermeiras obstetras para a assistência ao parto normal, seja por meio de especialização em Enfermagem Obstétrica ou através de portarias ministeriais para inclusão do parto normal assistido por enfermeira obstetra. Tais medidas têm por objetivo humanizar os serviços de saúde de modo a reduzir intervenções desnecessárias, como a prática excessiva do parto cesárea, com consequente diminuição da morbimortalidade materna e perinatal (Moura et al., 2007).

De acordo com a Resolução nº 0477/2015, que dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas, esse profissional está habilitado para desempenhar as funções no processo de assistência ao parto, podendo, no parto normal, sem dificuldades em sua evolução, realizar procedimentos, como admissões, consultas, exames especializados, aplicação de anestésicos locais, suturas perineais, manobras de auxílio ao desprendimento fetal, adotando procedimentos que garantam a segurança do binômio mãe/bebê. Essas responsabilidades diferenciam sua atuação das demais habilitações e especialidades da Enfermagem, sem, evidentemente, retirar desta atividade a figura e participação do médico, informando-o da evolução e dos procedimentos que adotou. Normas legais e dos Conselhos de Enfermagem e Medicina regulamentam tais atividades.

É cada vez mais frequente que as Instituições vinculem a assistência ao parto normal, sem dificuldades em sua evolução, ao profissional enfermeiro obstetra. E considerando que os partos operatórios,

assistidos a fórceps ou cesáreas, constituem exceção, a tendência é de que a maioria dos partos seja assistida por este profissional. Esta é uma realidade para a qual devemos estar preparadas (Garcia, Lippi, & Garcia, 2010).

Assim, é fundamental durante a assistência ao parto, o apoio técnico do enfermeiro obstetra e do médico, com cumplicidade, troca de saberes e informações, avaliações mútuas e conjuntas, para que as situações emergentes, tão características da assistência ao parto, sejam imediatamente reconhecidas e tratadas sem demora, haja vista que a presença da enfermeira obstetra e do médico nas áreas de pré-parto e salas de parto é imprescindível, tanto aos interesses da clientela, quanto da atividade destes profissionais (Garcia et al. 2010).

FISIOTERAPEUTA

A gestação traz ao corpo da mulher alterações na postura, nos músculos e ligamentos e na marcha, provocando mecanismos adaptativos e dores. Todas essas são consequências principalmente da mais visível das alterações, o aumento do tamanho do útero, que faz crescer a região abdominal da mulher grávida. À medida que a gravidez avança, a região abdominal da mulher vai aumentando de volume e isso provoca nela uma alteração postural que serve para que se mantenha de pé, pois o seu centro de gravidade se desloca para frente e para cima. Essa alteração postural vem acompanhada de dores nas costas, principalmente na região lombar. As regiões cervical e torácica também podem apresentar dores em decorrência do aumento das mamas (Conti, Calderon, & Rudge, 2003; Mann, Kleinpaul, Mota, & Santos, 2010). Fica, portanto, recomendado à gestante, que ela incorpore à sua rotina exercícios de alongamento para essas regiões, bem como esteja atenta e devidamente orientada para que adote novas posturas ao sentar, levantar, deitar, ao realizar as suas diversas atividades de vida diária, a fim de que possa vivenciar a gestação com menos dor (Carvalho & Coromano, 2001).

O peso do útero pode sobrecarregar o assoalho pélvico que é um conjunto de músculos, ligamentos e fáscias que sustenta e oferece suporte à bexiga, vagina e reto; mantém a continência de urina e fezes; permite a passagem do feto durante o parto e tem relevância para a função sexual (Mann et al., 2010). A musculatura do assoalho pélvico estando fortalecida amenizará a sobrecarga que o peso extra da gravidez traz, e isso repercute na diminuição da pressão sobre a bexiga e na diminuição da dor na região lombar e entre outros benefícios, tal musculatura forte estará apta ao esforço que será demandado pela gestante na hora do parto e preparada para uma recuperação após o parto mais rápida e tranquila (Korelo, Kosiba, Grecco, & Matos, 2011).

Esses todos são aspectos da gravidez que solicitam um acompanhamento de um profissional da Fisioterapia que atuará na promoção da saúde e/ou atenuação dessas consequências. Por exemplo, o fisioterapeuta conduzirá a gestante em um treinamento para a musculatura do assoalho pélvico, por meio de uma técnica considerada segura e que não exige a utilização de equipamentos, onde a gestante é incentivada e orientada a realizar contrações voluntárias, seletivas e repetitivas desses músculos seguidas de seu relaxamento (Mann et al., 2010).

O fisioterapeuta é também o profissional apto a realizar a drenagem linfática, um dos tratamentos mais indicados para a gestante, pois ajuda a reduzir a retenção de líquido no corpo, a melhora da oxigenação das células musculares e a diminuição dos inchaços típicos da gravidez, que aparecem principalmente no primeiro e no último trimestre. A drenagem ativa a circulação, que fica mais lenta por causa do aumento de sangue no corpo da gestante (Fonseca et al., 2009).

Cabe ao fisioterapeuta realizar trabalhos cinesioterapêuticos, alongamento, fortalecimento em especial do assoalho pélvico, exercícios respiratórios e exercícios de relaxamento (Castro, Castro, & Mendonça, 2012). Ressaltando-se que todo exercício ou atividade física realizados pela gestante devem ser acompanhados por profissionais especializados em trabalhar com esse público específico, pois esse período requer cuidados e atenção especiais (Lima & Oliveira, 2005).

NUTRICIONISTA

O estado nutricional materno e sua influência nos fatores que causam mortalidade materna são aspectos importantes durante a gestação e o puerpério, sendo recomendado, portanto, a intervenção nutricional enquanto estratégia para redução desses fatores (Melo et al., 2007; Rousse, 2003). O nutricionista intervém no acompanhamento e nas orientações relacionadas ao ganho de peso mínimo ou máximo, considerando o estado nutricional pré-gestacional da mulher e suas possíveis alterações, como: sensação de ardor (queimação), síndrome hipertensiva gestacional, anemia, diabetes mellitus gestacional, constipação e taxas elevadas de colesterol no sangue. Também cabe ao nutricionista orientar às gestantes com relação aos hábitos alimentares (Ministério da Saúde, 2010a).

Cabe ressaltar o quanto é importante que o profissional que realiza o pré-natal esteja articulado com um serviço de nutrição e dietética que possa acompanhar gestantes que apresentem anormalidades em seu estado nutricional. As intervenções instituídas devem seguir normas protocoladas, homogeneizando as informações na rede assistencial.

É preciso avaliar individualmente a gestante, considerando o peso pré-gestacional, idade e grau de atividade física. Para conhecer seu histórico alimentar, pode-se solicitar que ela anote os alimentos que ingeriu nos últimos 3 dias, com os respectivos horários, incluindo líquidos, o que servirá como base de orientação. É necessário, ainda, chamar atenção para algumas restrições alimentares, tais como o consumo leite e derivados não pasteurizados, assim como carne, frango, ovos e peixe crus ou pouco cozidos, além de evitar frutas e vegetais não lavados (Ministério da Saúde, 2013).

EDUCADOR FÍSICO

Durante a gestação é importante que a mulher pratique alguma atividade física, sendo o educador físico responsável por orientar e

acompanhar essa prática. Durante uma gestação normal, quem já praticava exercícios pode continuar a fazê-lo, adequando a prescrição à gestação. Recomenda-se que a gestante faça uma avaliação médica antes de iniciar a atividade física, para eliminar as possíveis contraindicações totais e apontar as limitações (Chistófalo, Martins, & Tumelero, 2003; Lima & Oliveira, 2005).

Os objetivos da prática de atividade física em gestantes são a manutenção da aptidão física e da saúde, a diminuição de sintomas gravídicos, o melhor controle do peso, a diminuição da tensão no parto, e uma recuperação no pós-parto imediato mais rápida. Outros benefícios da atividade física na gestante são o auxílio no retorno venoso prevenindo o aparecimento de varizes de membros inferiores e a melhora nas condições de irrigação da placenta (Chistófalo et al., 2003, Lima & Oliveira, 2005).

A gestação não é o período indicado para intensificar treinamento ou iniciar novos exercícios aeróbicos. Os exercícios sem peso, em especial os realizados em água, diminuem o risco de lesões. Como as alterações morfofuncionais da gravidez perduram por até 4 a 6 semanas após o parto, deve-se adequar as orientações baseadas na capacidade física da puérpera. O exercício na gestação deve estar associado aos cuidados com dieta, hidratação e utilização de roupas adequadas (Ministério da Saúde, 2013).

PARTEIRA

O ato de parir e o nascer estão ligados a costumes, saberes e fazeres transmitidos entre gerações, constituindo-se assim, patrimônio cultural de nossa sociedade. Geralmente, a parteira é a pessoa que concentra esse conhecimento e é reconhecida como perita pelos seus pares. A função da parteira é tão antiga quanto a própria humanidade (Melo, Muller, & Gayoso, 2013).

O Ministério da Saúde define como parteira tradicional aquela que presta assistência ao parto domiciliar baseada em saberes e

práticas tradicionais e é reconhecida pela comunidade como parteira. Em muitos lugares, essa profissional é conhecida como "parteira leiga", "aparadeira", "comadre", "mãe de umbigo", "curiosa", entre outras denominações, no entanto, o Ministério da Saúde adota a denominação de Parteira Tradicional por considerar que este termo valoriza os saberes e práticas tradicionais e caracteriza a sua formação e o conhecimento que ela detém. As parteiras indígenas e quilombolas estão incluídas entre as parteiras tradicionais, respeitando-se as suas especificidades étnicas e culturais (Melo et al., 2013).

A assistência ao parto e nascimento no Brasil não é homogênea e, embora a maioria dos partos ocorra em ambiente hospitalar, o parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais estão presentes no País, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, sobretudo nas áreas rurais, ribeirinhas, de floresta, de difícil acesso e em populações tradicionais quilombolas e indígenas. Entretanto, este trabalho quase sempre não é reconhecido pelo sistema de saúde local, que, muitas vezes não oferece o apoio necessário para o desenvolvimento dessa atividade (Ministério da Saúde, 2010b).

No Brasil, a articulação entre o saber da parteira tradicional e o saber biomédico foi uma das estratégias adotadas no esforço de reduzir a mortalidade materna para ao menos um terço dos valores de 1990, conforme compromisso assumido no âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, de 2004. Essa articulação foi possível pela ampliação do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (PTPT), iniciado no ano 2000 (Gusman, Viana, Miranda, Pedrosa, & Villela, 2015; Ministério da Saúde, 2010b).

A proposta do PTPT se baseia no argumento de que, diante da diversidade cultural, geográfica e socioeconômica do país, é necessário adotar diferentes formas de atenção à gestação, ao parto e ao recém-nascido, dentre as quais o parto domiciliar atendido por parteira qualificada. O PTPT prevê que as secretarias estaduais e municipais de saúde articulem o trabalho das parteiras com os serviços

de saúde locais, principalmente com as equipes de saúde da família, importante estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) (Melo et al., 2013; Ministério da Saúde, 2010).

Se por um lado, as parteiras tradicionais possuem conhecimentos técnico-científicos limitados, é notório que, em sua grande maioria, essas profissionais possuem muitas habilidades, que lhes auxiliam na resolução de partos difíceis, além de recursos fundamentais para um cuidado baseado no respeito e no empoderamento da mulher para vivenciar o seu parto. Essas profissionais se preocupam com o bem-estar e o conforto da mulher assistida, caracterizando sua assistência pelo afeto, calor humano e companheirismo e infundindo confiança e segurança para potencializar a força da mulher na condução de seu parto. Esses elementos criam um ambiente que favorece uma evolução positiva do trabalho de parto e uma recepção acolhedora para o recém-nascido (Abreu, 2005).

DOULA

A palavra Doula é de origem grega e significa "mulher que serve a outra mulher". Historicamente, a palavra "doula" referia-se àquela que assistia a mulher em casa após o parto, auxiliando no cuidado com o bebê e os afazeres domésticos. Atualmente, possui uma vertente mais técnica fundamentada em saberes biomédicos e norteada pela humanização da assistência obstétrica, ou seja, aplica-se às mulheres que dão suporte físico e emocional a outras mulheres antes, durante e após o parto (Bruggemann, Parpinelli & Osis, 2005; Silva et al., 2012). A função de doula foi classificada como ocupação laboral em 2003, embora seu reconhecimento social pelas atividades desenvolvidas nos cenários de trabalho de parto, parto e puerpério seja anterior a essa classificação (Ministério do Trabalho e Emprego, 2013).

Na área da Obstetrícia, os resultados positivos têm sido associados ao acompanhamento das doulas à gestante e puérperas, especialmente por meio de alterações na percepção do parto, resgatando

seu significado enquanto evento social e não doença, ou seja, restituindo a dimensão social que envolve o processo de parir (Koumouitzes-Douvia & Carr, 2006; Low, Moffat, & Brennan, 2006; Pugin et al., 2008). Outros autores associaram o papel da doula à diminuição do tempo do trabalho de parto e do uso de medicamentos, controle da ansiedade e do medo, além de proporcionar bem-estar à mulher acompanhada (Gilliland, 2002; Ginger, 2005).

O Ministério da Saúde (2001) aponta para algumas atribuições das doulas. Além do apoio emocional, essa profissional deve fornecer informações à mulher sobre todo o desenrolar do trabalho de parto e parto, intervenções e procedimentos necessários, para que a mesmo possa participar de fato das decisões acerca das condutas a serem tomadas durante este período. Didaticamente, podemos dividir as funções da doula em três momentos:

- Antes do parto – são dadas orientações ao casal sobre o parto e pós-parto e explicações sobre os procedimentos comuns, além de ajudar a mulher a se preparar, física e emocionalmente para o parto, das mais variadas formas (Ministério da Saúde, 2001);
- Durante o parto – nesse momento, a doula funciona como uma ponte entre a equipe de atendimento e o casal, explicando os termos médicos e os procedimentos hospitalares. Ela ainda ajuda a parturiente a encontrar posições mais confortáveis para o trabalho de parto e parto, mostra formas eficientes de respiração e propõe medidas naturais que podem aliviar as dores, como banhos, massagens, relaxamento, dentre outros (Ministério da Saúde, 2001);
- Após o parto – a doula ela faz visitas à nova família e oferece apoio durante período de pós-parto, especialmente em relação aos cuidados com o recém-nascido e à amamentação.

O suporte de informações fornecido pela doula por meio do diálogo e de orientações pode promover o desenvolvimento de um trabalho de parto tranquilo, uma vez que as dúvidas que surgem e

os medos sobre o desconhecido podem ser mais facilmente entendidos e superados quando explicados em tom de compartilhamento (Ministério da Saúde, 2001).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para concluir, diante dos inúmeros benefícios e da ausência de riscos associados ao apoio contínuo durante o trabalho de parto, todos os esforços deveriam ser feitos no sentido de garantir que toda mulher em trabalho de parto o recebesse. Ele deveria incluir a presença contínua da pessoa escolhida para acompanhá-la, capaz de transmitir-lhe conforto e encorajamento. É evidente que, em algumas circunstâncias, isto poderia significar a necessidade de alterar as atribuições de profissionais como enfermeiras e obstetrizes; de programas de educação continuada para o ensino e prática destas atividades; de modificações na estruturação e composição da equipe profissional das unidades que assistem às mulheres em trabalho de parto; e da adoção de políticas institucionais que permitissem e estimulassem a presença de pessoas leigas experientes ao lado das mulheres em trabalho de parto (Ministério da Saúde, 2001, 2014).

REFERÊNCIAS

Abreu I. P. H. (2005) **Trabalhando com Parteiras Tradicionais: a experiência do Ministério da Saúde no período de 2000 a 2004**. Trabalho de conclusão de curso de Pós-graduação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Bruggemann, O. M., Parpinelli, M. A., & Osis, M. J. D. (2005) Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, 21(5), 1316-1327.

Carvalho, Y. B. R., & Caromano, F. A. (2001). Alterações morfofisiológicas com lombalgia gestacional. **Arquivos de Ciências da Saúde da Unipar**, 5(3), 267-72.

Castro, A. S., Castro, A. C. & Mendonça, A. C. (2012). Abordagem fisioterapêutica no pré-parto: proposta de protocolo e avaliação da dor. **Fisioterapia e Pesquisa**, 19(3), 210-214.

Chistófalo. C., Martins, A. J., & Tumelero, S. (2003) A prática de exercício físico durante o período de gestação. **Lecturas Educacíon Física y Deportes**, 9(59).

Conti, M. H. S, Calderon, I. M. P., & Rudge, M. V. C. (2003) Desconfortos músculo-esqueléticos da gestação – uma visão obstétrica e fisioterápica. **Femina**, 31(6), 531-535.

Fonseca, F. M, Pires, J. L. V. R., Magalhães, G. M., Paiva, F. A., Sousa, C. T., & Bastos, V. P. D. (2009). Estudo comparativo entre a drenagem linfática manual e atividade física em mulheres no terceiro trimestre de gestação. **Revista Fisioterapia Ser**, 4 (4), 225-233.

Garcia, S. A. L, Lippi, U. G., & Garcia, S. A. L. (2010) O parto assistido por enfermeira obstétrica: perspectivas e controvérsias. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, 23(4), 380-388.

Gilliland, A. L. (2002). Beyond holding hands: the modern role of professional doula. **Journal of Obstetric Ginecology and Neonatal Nursing**, 31, 762-769.

Ginger, B. (2005). Perceptions of Social Support from Pregnant and Parenting Teens Using Community-Based Doulas. **Journal of Perinatal Education**, 14, 15-22.

Gusman, C. R., Viana, A. P. A. L., Miranda, M. A. B, Pedrosa, M. V., & Villela, W. V. (2015) Inclusão de parteiras tradicionais no Sistema Único de Saúde no Brasil: reflexão sobre desafios. **Revista Panamericana de Salud Publica**, 7(4/5), 365–70.

Korelo, R. I. G, Kosiba, C. R, Grecco, L., & Matos, R. A. (2011) Influência do fortalecimento abdominal na função perineal, associado ou não à orientação de contração do assoalho pélvico em nulíparas. **Fisioterapia em Movimento**, 24(1), 75-85.

Koumouitzes-Douvia, J., & Carr, C. A. (2006) Women's perceptions of their doula support. **Journal of Perinatal Education**, [S.l.], 15(4), 34-40.

Lei n° 11.108, de 08 de abril de 2005 (2005). Brasília, DF. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm

Lima, F. R., & Oliveira N. (2005). Gravidez e Exercício. **Revista Brasileira de Reumatologia**, **45**(3), 188-90.

Low, L. K., Moffat, A., & Brennan, P. (2006) Doulas as Community Health Workers: lessons learned from a volunteer Program. **Journal of Perinatal Education**, *15*(3), 25-33.

Mann, L., Kleinpaul, J. F., Mota, C. B., & Santos, S. G. (2010) Alterações biomecânicas o período gestacional: uma revisão. **Revista Motriz, 16**(3), 730-741.

Melo, A. S. O., Assunção, P. L., Gondim, S. S. R., Carvalho, D. F. de, Amorim, M. M. R., Benicio, M. H. D., & Cardoso, M. A. A. (2007). Estado nutricional materno, ganho de peso gestacional e peso ao nascer. **Revista Brasileira de Epidemiologia, 10**(2), 249-257.

Melo, J. M. de, Müller, E., & Gayoso, D. B. (2013, setembro). Parteiras tradicionais de Pernambuco: Saberes, práticas e políticas. **Anais Eletrônicos do Seminário Internacional Fazendo Gênero 10**, Florianópolis, SC, Brasil, 12.

Merighi, M. A. B., & Gualda, D. M. R. (2009) O cuidado à saúde materna no Brasil e o resgate do ensino de obstetrizes para assistência ao parto. **Revista Latino-americana de Enfermagem, 1**7(2), 265-270.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2005). **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2010a) **Gestação de alto risco: manual técnico (5. Ed.)**. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2010b) **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares**. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2013). **Atenção ao pré-Natal de Baixo Risco**. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticos de Saúde. (2001) **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. (2014). **Humanização do parto e do nascimento**. (Volume 4). Brasília: Ministério da Saúde

Ministério do Trabalho e Emprego. (2013) **Classificação Brasileira de Ocupações**. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego. Disponível em http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/home.jsf.

Moura, F. M. de J. S. P. et al. (2007) A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 60 (4), 452-455.

Portaria GM n° 569, de 01 de junho de 2000. (2000). Brasília, DF. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html

Pugin P., Edda, K. I., Erika, L. C., Carmen, G. J., Verónica, A. R., Marco, A., & Ortiz, J. (2008). Una experiencia de acompañamiento con doula a adolescentes en trabajo de parto. **Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología,** 73(4), 250-256.

Resolução da Comissão Nacional de Residência Médica nº 02, de 17 de maio de 2006 (2006). Brasília, DF. Disponível em http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/resolucao02_2006.pdf

Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 0477, de 14 de abril de 2015 (2015). Brasília, DF. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015_30967.html

Rouse, D. J. (2003) Potential cost-effectiveness of nutrition interventions to prevent adverse pregnancy outcomes in the developing World. **Journal of Nutrition**, 133: 1640S-1644S.

Secretaria do estado de Saúde de São Paulo. (2010). **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual de orientação ao gestor para implantação da linha de cuidado da gestante e da**

puérpera. Coordenadoria de Planejamento em Saúde-Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. São Paulo: Secretaria da Saúde

Silva, R. M., Barros, N. F., Jorge, H. M. F., Melo, L. P. T, & Ferreira Junior, A. R. (2012). Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. **Ciência & Saúde Coletiva, 1**7(10), 2783-2794.

Capítulo 3

Cesariana, parto normal e parto natural: desnaturalizando verdades absolutas

Paulo Batistuta Novaes
Patrícia Ribeiro Pinto Furieri

Como diferenciar os diversos tipos de parto que existem? O que é parto humanizado? Quando é que cada tipo de parto deve ser adotado? Qual é o melhor parto? Questões como estas povoam o imaginário feminino e tem ocupado páginas e páginas nas redes sociais. Se por um lado vem crescendo o interesse neste tema, por outro lado ainda há grande desinformação e até mesmo confusão conceitual. Desta forma, é útil um esclarecimento sobre estas questões.

Desde um passado recente, a expressão "parto normal" tem sido amplamente utilizada por profissionais e por leigos para referir-se àquele que ocorre por via genital, quer seja espontâneo, induzido ou instrumental. Assim, nesta rubrica têm sido incluídos partos espontâneos (sem interferência médica alguma) bem como os que foram induzidos ou estimulados com medicamentos ou nos quais foi realizada ruptura da bolsa das águas (amniotomia) ou a utilização de instrumentos (fórcipe, vácuo extrator ou espátulas).

Em geral o parto inicia espontaneamente, porém os mecanismos que desencadeiam a parturição ainda não desconhecidos. Mas já foram identificadas várias ações fisiológicas interligadas harmonicamente, em cascata (onde um evento depende de um evento precedente), reguladas por *feed back* envolvendo o feto, a gestante e a placenta. Além disto, fatores ambientais também interferem sobre a parturiente, como ansiedade e estresse. O certo é que entre 37 a 42 semanas contadas a partir do início da última menstruação cerca de 90% das grávidas entram em trabalho de parto naturalmente.

O uso de ocitócicos (substâncias que promovem as contrações uterinas) eventualmente é necessário para induzir ou estimular o parto. Indução é o desencadeamento da parturição antes do momento natural por meio de medicamentos ou de manobras. Ela é desejável quando há uma condição ou doença que ameacem a saúde da mãe ou do bebê, como por exemplo o diabetes e a hipertensão mal controlados, ou quando o volume de líquido amniótico está anormalmente reduzido ou ainda se porventura a parturição não começa algum tempo após a rotura da bolsa das águas.

Outrossim, por vezes é necessária a utilização de instrumentos para a terminação do parto, como é o caso do fórcipe, do vácuo extrator e das espátulas. Eles são usados em situações como estafa materna estando o feto bastante baixo no canal de parto ou quando há um risco de anóxia fetal (falta de oxigenação) que poderia levar a prejuízos graves. Estes são considerados partos cirúrgicos apesar de serem vaginais.

A expressão "parto natural" é de uso mais recente e traz a conotação de uma busca por suavidade e respeito à condição feminina bem como ao nascimento do bebê. Como o nome bem diz, ocorre no ritmo da Natureza, sem interferências externas: seu início e desenvolvimento acontecem espontaneamente. Parto natural pode ser o desfecho de gestações a termo (entre 37 e 42 semanas contadas a partir do início da última menstruação) assim como em alguns casos pré-termo (que ocorrem antes de 37 semanas de gestação). É sinônimo de parto fisiológico. Tem leis próprias a lhe governarem e se desenvolve automaticamente.

Neste contexto, é oportuna uma reflexão sobre o que é natural. O estilo da vida contemporânea há muito se afastou de sua característica primeva, natural. A civilização veio paulatinamente inserindo hábitos e costumes em todos os setores da vida humana de modo que poucas são as situações em que se vive hoje de forma natural, ou seja, como nas priscas eras da raça humana. O processo civilizatório (Ribeiro, 2000) envolve de tal forma o Ser Humano que até mesmo eventos fisiológicos são hoje modificados por intervenções que objetivam saúde, conforto e bem estar. Podemos citar hábitos de urinar em vasos sanitários, de comer alimentos cozidos, bem como utilizar vestuário e desodorante, cortar cabelos e aparar as unhas. Talvez a relação sexual seja dos poucos eventos humanos que ainda guarda conexão com suas origens mais ancestrais. Sendo assim, constata-se que a humanidade se afastou muito de sua condição original. Pode-se, portanto, esperar que eventos como o parto apresentem características próprias da sociedade contemporânea, pós-moderna.

Neste sentido, conquistas científicas vêm incrementando os resultados de partos e nascimentos nas últimas décadas. A motivação para que estas intervenções fossem elaboradas e inseridas no parto foi a busca por melhores condições de saúde para mãe e bebê. Situações que outrora culminavam em morte ou em graves sequelas fetais hoje são contornadas por tecnologias avançadas, medicamentos, procedimentos terapêuticos e de reabilitação. O progresso em

áreas como Neonatologia, Obstetrícia, Medicina Fetal, Ultrassonografia, Fisioterapia, Enfermagem é galopante. Graças a estes avanços, bebês ainda muito prematuros hoje sobrevivem com boa qualidade de vida. E a perspectiva de melhoras não cessa. Assim, pode-se mencionar uma série de conquistas médicas espetaculares em benefício de mãe e bebês, como a operação cesariana, a anestesia, os antibióticos, o surfactante e o advento das UTI neonatais, dentre outros.

A cesariana ou cesárea é uma cirurgia pela qual o bebê é retirado do ventre materno. É sempre realizada após a administração de uma anestesia na gestante, que poderá permanecer acordada (como na raqui ou na peridural) ou dormindo (como na anestesia geral). A duração da anestesia é variável, mas em média varia entre 1h30 a 3 horas. A escolha do tipo de anestesia é feita pelo anestesista, profissional qualificado para julgar e realizar o melhor procedimento de acordo como caso. Além de anestesia, são necessários alguns cuidados para que a cirurgia transcorra em segurança, como um acesso venoso (por onde serão administrados medicamentos), monitoração eletrônica dos sinais vitais e cateterização uretral. Uma vez anestesiada, e após cuidados para evitar infecção, é realizada uma incisão no ventre materno e são seccionadas várias camadas de tecidos até chegar no útero que é aberto e dele retirado o bebê. Após a saída do bebê, também se retira a placenta. Posteriormente todas as camadas são suturadas e a cicatrização ocorre progressivamente, sendo que os pontos da pele podem ser retirados entre sete a quinze dias. O retorno à vida normal se dá após cerca de 40 dias.

MUDANÇAS HISTÓRICAS NA FORMA DE PARIR

Nas eras mais remotas da Humanidade os cuidados com parto diferiam muito de hoje. As pessoas viviam num ambiente iminentemente rural e a precariedade de recursos tinha lugar comum independente da condição socioeconômica. Não se dispunha de métodos contraceptivos eficazes e as mulheres iniciavam a reprodução em idades

muito tenras. Também havia escassez de alimentos gerando desnutrição materna, reduzido arsenal medicamentoso, além de marcante ignorância sobre doenças comuns da gestação tais como diabetes, hipertensão e infecções. Ademais, as ciências médicas ainda engatinhavam (Diniz, 2001; Santos, 2002). A mortalidade relacionada ao processo reprodutivo era altíssima.

Porém, estudos de antropologia realizados em diferentes culturas mostram que quanto mais experiente o parteiro, melhores são os resultados (Davis-Floyd & Jordan, 1978). A experiência era o grande trunfo disponível para se obter bons resultados. Localidades que perdiam sua parteira sem que esta treinasse uma sucessora passavam a apresentar novamente elevada mortalidade. Nesta época remota, a assistência era perpassada por uma série de crendices e de práticas rituais (Schrader, 1984).

Inicialmente apenas mulheres assistiam as parturientes. As parteiras eram então auxiliadas por uma assistente e por mulheres da comunidade, em geral parentes, amigas e comadres da parturiente. Na Idade Média ocorreu a entrada dos homens no atendimento aos partos complicados que as parteiras não conseguiam resolver. Eram os cirurgiões e os barbeiros que muitas vezes disputavam espaço no cenário; nesta época, o médico atendia apenas aos casos clínicos. Muitas vezes esta relação foi marcada por conflito e morte do bebê, da mãe ou de ambos. Todos os nascimentos eram domiciliares (Diniz, 2001; Santos, 2002).

Foi apenas no início do século XX que o parto passou a ser atendido em hospitais, quando estes se tornaram mais desenvolvidos. Aos poucos foram crescendo os cuidados de assepsia. Na década de 1940 que foram descobertos os grupos sanguíneos (e a possibilidade transfusão de sangue), os antibióticos e os anestésicos, possibilitando efetivo enfrentamento das hemorragias e infecções, além de abrirem caminho para cirurgias (Diniz, 2001; Santos, 2002). Comparando-se aos dias atuais, parir era uma aventura que frequentemente relacionava-se ao óbito. Por esta causa surgiram ainda no período colonial

brasileiro o culto a Nossa Senhora do Amparo, Nossa Senhora da Luz e Nossa Senhora da Glória, todas padroeiras do parto, bem como o costume de se oferecer a extrema-unção às parturientes. Pelo mesmo motivo é que as parteiras deixavam uma bandeira branca com uma cruz negra na janela de suas casas quando saíam para praticar seu ofício (Novais & Alencastro, 1977). O medo da mortalidade materna era de tal sorte presente entre as senhoras da "casa-grande" que elas consentiam que seus maridos, os "coronéis", tivessem relações sexuais com mulheres escravizadas (Freyre, 1992).

A hospitalização da parturiente trouxe ganhos e perdas. Houve acentuada redução na mortalidade pelo advento das transfusões de sangue e pela cura das infecções, além das cesarianas salvarem muitas vidas antes ceifadas pela anóxia, pelos partos obstruídos, etc. Por outro lado, o parto deixou de ser visto como um evento feminino pessoal e de cunho social; as acompanhantes ficavam do lado de fora das salas de parto. Além disto, a nova estrutura impunha afastamento dos bebês de suas mães imediatamente após o nascimento (Santos, 2002). A entrada do pai do bebê neste universo é um evento muito recente na História da Humanidade, tendo ocorrido apenas a partir dos anos 1960 e carece ainda de estudos mais profundos (This, 1980).

Foi apenas nos anos 1940 que a operação cesariana se tornou segura, pelo desenvolvimento das técnicas cirúrgicas, dos anestésicos e antibióticos, da transfusão de sangue, etc. No início dos anos 1950 a incidência de cesarianas era de apenas 0,3% de todos os partos, ao passo que no final dos anos 1970 as taxas oscilavam em torno dos 20% (Rocha & Novaes, 2010). Muitos fatores podem ser apontados para justificar este fato, mas destacam-se a busca pela redução de mortes e complicações de mães e bebês, alívio das dores do trabalho de parto, questões ligadas a remuneração dos serviços e comodidade. Todavia, mediante este enorme crescimento das cesarianas associou-se um aumento na ocorrência de complicações para mãe e bebê, bem como mortes, ao contrário do que se esperava. Este fato motivou os países industrializados a empreenderam esforços para

conter esta explosão nos partos cirúrgicos. Neste sentido, em 1985 a OMS publicou importante artigo (*World Health Organization*, 1985) em que fazia recomendações sobre o número razoável para partos cesarianos, considerando-se apenas as reais necessidades médicas. Nos países industrializados atualmente as taxas de cesariana variam em torno de 20%.

O QUE É PARTO HUMANIZADO?

Cada parturiente anseia por um olhar profissional empático e compassivo focado nas suas necessidades, do bebê, de seu/sua companheiro/a, da sua família enfim. Espera-se também da equipe de cuidados em saúde, assim como das instituições, treinamento suficiente e os recursos necessários ao caso. Portanto, humanizar o atendimento é prover os recursos necessários ao caso, valorizando as vidas da parturiente e do bebê, respeitando as singularidades e complexidades da situação (Murta, Novaes, Gava & Marques, 2005; Novaes & Novaes, 2002). Assim, dispor de uma vaga de UTI neonatal para um bebê que nasce prematuro é medida humanizadora tanto quanto oferecer transfusão de sangue ou cesariana nos casos necessários, bem como favorecer o parto natural quando não há riscos maternos ou perinatais iminentes (*World Health Organization*, 1996).

Muito se tem discutido sobre humanização do parto e do nascimento, sobretudo nas redes sociais. Aliás, esta é uma discussão necessária, em virtude das distorções que vem ocorrendo nos nascimentos e partos há algumas décadas. Pode-se enumerar vários comportamentos e ações desumanizadores do parto, como a falta de recursos que garantam a vida e o bem estar como acesso a vagas hospitalares, ausência de transporte para as parturientes chegarem aos hospitais, indisponibilidade de sangue para uma transfusão, ausência ou precariedade de centro cirúrgico, carência de medicamentos e insumos, pessoal pouco qualificado ou insuficientemente treinado, dentre outros. Em contrapartida, a utilização descontrolada e sem critérios

de recursos médicos também é nociva, pois aumenta as complicações, como se percebe atualmente pelo uso excessivo de cesarianas. Tanto a privação como o uso excessivo dos recursos geram desfechos desfavoráveis. A busca pelo equilíbrio é o ideal da humanização em saúde.

Neste ponto, é importante ressaltar que a desumanização afeta todos os setores da atividade humana. Colocar o ser humano a serviço do capital, por exemplo, é desumano tanto quanto desvalorizar a vida dos menos abastados ou menos instruídos, bem como a privação de alimentos, a tortura, a violência familiar e contra a mulher, o mal atendimento pelos prestadores de serviços essenciais, a corrupção dos políticos que inviabilizam o acesso aos recursos pelo roubo dos mesmos. A desumanização precisa ser superada pelo próprio Ser Humano. O cumprimento da regra áurea (fazer aos outros o que se deseja para si próprio) é o caminho para se plenificar esta conquista. Do ponto de vista da Saúde Coletiva, significa estender a cada pessoa os recursos necessários para manter sua vida digna do ponto de vista físico, emocional, mental, espiritual e social.

Nos debates sobre humanização do parto, algumas pessoas qualificam como humanizado o parto que é assistido em tal ou qual local, estipulando as posições x ou y como as mais adequadas. Percebe-se uma busca em estereotipar o parto ideal, em se estabelecer os limites para um protótipo. Nesta busca, alguns adjetivos têm sido associados ao substantivo parto, como por exemplo, parto de cócoras ou parto na água. Outros pretendem assim qualificar os partos assistidos no domicílio da parturiente. Reiteramos, contudo, que estes são aspectos periféricos da questão.

Quando se pretende humanizar a assistência, deve-se respeitar o desejo da gestante dentro de um limite que por um lado não a impeça de viver sua experiência de forma integral, nem ofenda sua integridade e sua saúde tanto quanto à do bebê (Murta et al., 2005). Não é aceitável eticamente um parto que prestigie experiências que culminem na morte ou no adoecimento de mãe ou bebê. Como corolário deste pensamento, concluímos que humanizar depende mais de

uma atitude pessoal que de técnicas. Mas, obviamente, técnica e atitude são relevantes.

QUAL TIPO DE PARTO É MELHOR?

Quando se lê as anotações do diário profissional da parteira holandesa Catharina Schrader, percebe-se claramente a sua angústia mediante a elevadíssima mortalidade materna e de bebês relativas ao evento reprodutivo, que girava em torno de 50% (Schrader, 1984). Felizmente, desde então, a sociedade muito progrediu e o avanço das condições sanitárias *per si* trouxe a melhoria dos indicadores de saúde. Com o desenvolvimento científico surgiram muitas propostas de solução para desafios inerentes à gestação e ao parto, como os tratamentos contra diabetes, hipertensão arterial, infecções, prematuridade, por exemplo. Dispomos de vários recursos que podem ser mencionados como verdadeiras maravilhas, tais como analgesia, medicamentos e cirurgia, psicoterapias e cuidados, que constituem o resultado dos esforços de muitos pesquisadores e trabalhadores devotados.

Mas no tocante ao parto, não se pode eleger um como sendo "o melhor". O motivo é muito simples: é que não há dois partos iguais, tal como não há duas mulheres nem dois bebês iguais! Desta forma, as particularidades de saúde ou de doença, bem como o caráter emocional das gestantes é que vai definir o que é melhor para cada caso. Deve-se considerar ainda que o parto é um evento cultural, portanto não há dois países que tenham as mesmas tradições, costumes e práticas, como constataram as investigações dos mais renomados antropólogos e etnógrafos (Davis-Floyd & Jordan, 1978). Portanto, é impossível transpormos integralmente a experiência de uma região ou de um país para outro tentando aplicar os resultados de um local em outro muito distinto. Tal esforço seria como comparar laranjas com tomates.

Além disto, também são diversas as expectativas individuais. Para algumas mulheres, parto natural é a meta. Para outras é importante o uso de anestésicos. Outras requisitam complexos recursos hospitalares para que elas próprias ou seus filhos sobrevivam. Assim, qual é o melhor parto? Reiteramos: é aquele que prestigie as necessidades da parturiente e de seu bebê. É fundamental que ao término do parto, mãe e bebê passem bem (*World Health Organization*, 1996). Mas não se pode omitir que a carência do recurso necessário no tempo certo e no local adequado é um fator de desumanização.

Infelizmente temos assistido uma profusão de problemas relacionados à desumanização do parto, quer seja pela falta ou pelo uso excessivo dos recursos, bem como pelo fundamentalismo ideológico de grupos que se consideram apanágio para a humanização. Neste cenário ressalta o uso excessivo de alguns destes recursos. Como exemplo emblemático menciona-se a cesariana. Desenvolvida para resolver situações de grave risco materno ou fetal, teve seu uso vulgarizado a ponto de a realização excessiva elevar significativamente o número de óbitos e complicações maternas e fetais. É paradoxal que um procedimento desenvolvido para resolver complicações graves e salvar vidas esteja relacionado a este aumento de mortes e complicações. O Brasil é o país onde mais se realiza cesarianas no mundo: 56% de todos os partos quando a expectativa é de 15% (Betrán et al., 2007; *World Health Organization*, 1985). Consequentemente, decorrem desfechos maternos e fetais desfavoráveis de forma alarmante a ponto de preocuparem as autoridades sanitárias. Esta situação tem causas multifatoriais, antropológicas, sociais, médicas, econômicas, educacionais, etc., cuja análise foge ao escopo desta obra. Mas não se pode demonizar a cesárea, somente o seu uso inadequado (Rocha & Novaes, 2010).

Salta aos olhos o fascínio pós-moderno pelo que é tecnológico e de última geração. Estes bens de consumo e costumes como que hipnotizam a sociedade contemporânea (Davis-Floyd, 1998) concorrendo para que muitas pessoas esqueçam sua condição humana

e valorizem apenas as conquistas decorrentes do avanço científico e menosprezem as aquisições oriundas da experiência pessoal.

Há alguns anos discute-se esta desumanização e buscam-se modelos que permitam o equilíbrio entre o uso das tecnologias e uma valorização da mulher, de seu bebê, de sua família de tal forma que parto e nascimento retomem seus lugares de eventos pessoais de destaque e não de meros eventos médicos (Murta et al., 2005).

Como reação a este cenário que se estabeleceu também no Brasil, assiste-se hoje em nosso país uma reação pela sociedade civil organizada, sobretudo a partir de grupos de mulheres. Esta reação era esperada, necessária e é bem-vinda. Este movimento, sobretudo nas redes sociais, tem gerado importantes avanços no trato com as questões reprodutivas, como uma política de humanização no Sistema Único de Saúde, leis que garantem acompanhantes no parto, que fomentam o aleitamento materno e estimulam a contracepção responsável.

Destaca-se também o fato de que alguns grupos têm atuado em sentido diametralmente oposto: rejeitam qualquer intervenção médica e a hospitalização, satanizam os médicos e chegam a optar pela assistência ao parto feita por profissionais sem qualificação e até mesmo defendem o parto desassistido. Vale ressaltar que desassistência ou assistência inadequada são também fatores de desumanização (*World Health Organization*, 1985, 1996).

Outro fenômeno contemporâneo é a discussão sobre o local onde deve ocorrer o parto. Se por um lado os médicos realizam seus atendimentos em hospitais e são os agentes de um excesso no uso de recursos médicos sem o respectivo incremento na qualidade dos resultados (medicalização), na contrapartida há os que defendem o domicílio da parturiente como local ideal para promover a humanização do parto. Mas neste cenário também tem ocorrido um significativo número de complicações e até mesmo mortes envolvendo parturientes e bebês (Leal et al., 2014). Então, qual é a solução para este complexo problema? Como garantir um atendimento humanizado dentro deste caótico cenário?

Inicialmente não se pode pretender uma solução única para um país como Brasil, que tem dimensões continentais. A diversidade regional é tamanha, de modo que também plurais devem ser as alternativas satisfatórias. Mas olhando-se para os países onde se tem os melhores indicadores de saúde nos eventos reprodutivos, bem como melhores índices de desenvolvimento humano – IDH, como Suécia, Dinamarca, Finlândia e Noruega pode-se enriquecer este debate. Nestes países o parto é sempre hospitalar, contudo as maternidades buscam o equilíbrio entre as rotinas e normas hospitalares, o uso de procedimentos médicos e o respeito ao desejo materno de viver sua experiência (Leal et al., 2014). Além disto, nestes países prima-se pela formação e qualificação dos profissionais. A prática médica é regida pelas melhores evidências científicas disponíveis e um sistema de competências bem estabelecidas permite que atores qualificados trabalhem focados no sujeito da atenção: mãe e bebê.

QUAIS SÃO AS REAIS INDICAÇÕES DE CESARIANA?

Ao nos depararmos com cenário obstétrico brasileiro atual, onde as taxas de cesariana são alarmantes, chegando a 88% no setor privado, é natural e salutar compreender melhor sua real necessidade. A princípio, a operação cesariana foi desenvolvida para se preservar a vida e a integridade física da gestante e/ou bebê (Domingues et al., 2014).

Quando nos referimos as indicações reais de cesariana podemos dividi-las em absolutas e relativas. As indicações absolutas são aquelas em que a operação se mostra como a melhor via de parto. São elas:

1. Placenta prévia total: aquela placenta que se implantou sobre o colo do útero recobrindo-o por completo até o momento do parto, interpondo-se entre o concepto e o canal de parto;
2. Desproporção céfalo-pélvica: ocorre quando a pelve materna não permite a passagem da cabeça do bebê, fato este que somente pode ser diagnosticado durante a parturição já bem adiantada, na sua fase ativa. Nalguns casos, o diagnóstico

somente é possível no período expulsivo, ou seja, quando a dilatação do colo uterino já está completa. Como regra, consideramos período expulsivo prolongado 3 horas para primíparas e 2 horas para multíparas e sua duração máxima está sujeita a avaliação médica contanto que não haja exaustão materna nem alteração da vitalidade fetal.

3. Ruptura uterina aguda, condição na qual o útero se rompe geralmente na cicatriz de cirurgia uterina realizada anteriormente ao parto. Mas também esta condição pode ocorrer em úteros que não foram abordados cirurgicamente. Estes casos requerem uma intervenção operatória emergencial a fim de preservar a vida da parturiente e seu concepto.

Por outro lado, as indicações relativas são aquelas em que a cesárea pode configurar-se como a melhor via de parto ou não, a depender do cenário clínico. Como exemplo clássico, pode-se mencionar o descolamento prematuro da placenta (DPP). Estrutura que conecta o corpo da mãe ao do bebê, a placenta permite a nutrição e oxigenação do mesmo; seu desprendimento do útero deverá ocorrer somente após o nascimento. Assim, o DPP é um risco iminente de morte para o concepto, bem como para a gestante, devido ao profuso sangramento que lhe sucede. Uma vez detectado, configura indicação de cesariana pois esta é a via mais rápida para o nascimento do bebê, a menos que a parturiente já esteja no período expulsivo (dilatação completa e bebê em vias de nascer). Nota-se, porém, que o termo "indicação relativa de cesariana" não coloca em dúvida sua necessidade, não tem cunho pejorativo, tampouco significa que a seja discutível ou duvidosa. Denota necessidade real e não deve ser confundida com as indicações falsas.

Sem a pretensão de enumerar todas as indicações relativas de cesariana, citaremos as mais frequentes lembrando que cada caso precisa ser individualizado. Elas são técnicas e bastante claras do ponto de vista médico: placenta prévia parcial ou marginal, prolapso de cordão, DPP, ruptura de vasa prévia, gestação gemelar em que um dos

fetos não esteja em apresentação cefálica, herpes genital em atividade no momento do parto, gestante portadora do vírus HIV, apresentação pélvica ou córmica (atravessada) em trabalho de parto (antes do trabalho de parto recomenda-se tentar a versão cefálica externa se não houver contraindicações), frequência cardíaca fetal não tranquilizadora, parada de progressão do trabalho de parto – atualmente, de acordo com as curvas de evolução de trabalho de parto de Zhang et al. (2010) –, o limite de duração do trabalho de parto tende a uma maior complacência considerando-se a preservação do bem-estar da parturiente e do bebê (Amorim, Souza & Porto, 2010; Martins-Costa et al., 2002; Souza, Amorim & Porto, 2010).

As indicações de cesárea devem seguir um mecanismo decisório baseado em evidências científicas conforme um fluxograma (algoritmo de decisões) bem definido. Como exemplo, podemos mencionar o caso das portadoras do vírus HIV. Nestes casos, uma vez que não haja outras condições clínico-obstétricas associadas, a decisão pela via de parto é bem clara: se a contagem de linfócitos T CD4 for baixa ou carga viral elevada (>1000 cópias) ou carga viral desconhecida após 34 semanas a melhor opção é a cesariana; por outro lado, uma carga viral <1000 cópias e CD4 normal após 34 semanas, a melhor via de parto é a vaginal.

Entretanto existem circunstâncias mais complexas, onde o quadro clínico não define claramente o diagnóstico e/ou a necessidade da intervenção cirúrgica. Situações onde o médico precisa lançar mão do modo de raciocínio abdutivo, no qual ele se fundamenta nos dados clínicos e no arsenal de conhecimentos técnicos acumulados ao longo de sua vivência teórica e prática; valendo-se destes recursos, infere o diagnóstico mais provável e encaminha a melhor prática médica cabível. Vale ressaltar que as circunstâncias que definem este cenário são dinâmicas e podem algumas vezes alterar o caminho a ser tomado. Para ilustrar, retomamos como exemplo o DPP, que classicamente se apresenta como um quadro agudo de sangramento genital, contratura exagerada do útero (hipertonia) e dor abdominal intensa;

geralmente está acompanhado de hipertensão, o que facilita o diagnóstico. Entretanto, este quadro pode também ser crônico, cursando com um sangramento discreto associado ou não a sinais de falência da função placentária, como um declínio no crescimento fetal ou diminuição do líquido amniótico. Outras vezes pode iniciar com discreto sangramento genital e contrações uterinas irregulares que mimetizam os pródromos do trabalho de parto. Cabe ao médico, utilizando todos os dados da história clínica (hipertensão arterial prévia, condição socioeconômica, número de filhos e de cesáreas prévias, idade materna, passado obstétrico, presença de restrição do crescimento intrauterino, corioamnionite, gemelidade, diabetes melito, rotura de membranas prolongada, tabagismo, etilismo e uso de drogas ilícitas) e dos sinais e sintomas apresentados (dor, contrações, hipertonia, sangramento, hipertensão dentre outros) inferir o diagnóstico mais provável e a melhor conduta.

MITOS E VERDADES SOBRE O PARTO

O parto é um assunto cercado de tabus e medos cuja mensagem subliminar parece ser que as mulheres modernas perderam sua capacidade de parir. Desmistificar isto é o primeiro passo para a humanização da assistência. Uma vez bem informada e acolhida, a gestante estará preparada para realizar escolhas conscientes. Além disto, poderá também preparar-se para vivenciar integralmente seu parto e os demais desafios da maternidade. Enumeramos abaixo alguns mitos sobre parto.

Falta de dilatação: "amadurecimento" do colo do útero (amolecimento, centralização, apagamento e dilatação) é um processo que ocorre progressivamente durante as últimas semanas da gestação. Mas na maioria dos casos, a dilatação começa apenas quando as contrações ganham ritmo de fase ativa de trabalho de parto. Portanto, pode-se dizer que uma gestante não teve dilatação somente após ela ter passado algumas horas em trabalho de parto.

Quadril largo oferece maior chance de parto que quadril estreito: contrariando muitos pesquisadores do passado, o diâmetro do quadril não é preditivo das dificuldades no parto. Na realidade o formato da bacia pode favorecer o parto normal. Inclusive, a maioria das mulheres tem bacias favoráveis. Mas, além disto, a relação da bacia com a cabeça do bebê bem como a maneira como ele encaixa e progride no canal do parto definem um nascimento mais fácil. Sem contar com o seu desejo e decisão de abraçar a parturição.

Parto normal dói mais que cesariana: a sensação dolorosa é um alerta emitido pelo organismo. Na maioria dos casos indica que há algo errado, um risco iminente que precisa ser sanado. Mas no parto fisiológico a dor tem outra função. Ela sinaliza que o processo está progredindo. Além disto, gera a produção de substâncias neuroendócrinas e hormônios que criam condições para parturiente entrar em transe e posteriormente em êxtase, o que é extremamente benéfico. Assim, a dor gera uma espécie de anestesia para si mesma, tornando o processo tolerável. A cesariana, por sua vez, é um procedimento cirúrgico de porte médio que acarretara dores e limitações. Ambas as experiências podem ser descritas de forma positiva ou negativa a depender principalmente dos anseios, expectativas e temores pessoais.

O parto normal danifica os órgãos genitais da mulher tornando a vagina larga e a bexiga e/ou útero baixos: a vagina é uma estrutura elástica, capaz de alongar-se o bastante para permitir a passagem do bebê sem que haja danos significativos à sua estrutura e função. Exercícios e massagens nesta musculatura antes do parto e no puerpério podem aprimorar sua força, elasticidade, resistência, coordenação motora e propriocepção. Apenas em poucas situações o parto normal eleva o risco de alterações genitais significativas.

O cordão umbilical enrolado no pescoço impede o parto normal: o cordão umbilical é responsável pelas trocas de oxigênio e nutrientes entre mãe e bebê. É comum o cordão enrolar-se no pescoço dos bebês sem que isto nada prejudique. Apenas circulares muito apertadas deste cordão em torno de qualquer parte fetal (não necessariamente

o pescoço) poderiam prejudicar o fluxo sanguíneo. De fato, isto é incomum, até mesmo raro.

As mulheres de minha família não têm parto normal: não há um risco hereditário da mulher precisar de uma cesárea pelo simples fato de suas familiares terem-na necessitado.

Uma vez cesárea sempre cesárea: embora não tenha embasamento científico, a suposição de que a cicatriz uterina poderia ceder e romper-se num trabalho de parto subsequente, esta regra prevaleceu por algumas décadas. Atualmente, as evidências científicas apontam um baixo risco de ruptura uterina em mulheres submetidas a cesárea prévia, que é proporcionalmente maior ao número de cirurgias prévias, sendo da ordem de 0,5% para 1 cesárea prévia; 1,3% para 2 cesáreas prévias e 1,8% em partos cesárea de gestação de 26 semanas (Caughey, Cahill, Guise, & Rouse, 2014; Lannon, Guthrie, Vanderhoeven, & Gammill, 2015).

Não entrei em trabalho de parto: uma em cada 10 gestações se prolonga até 41 semanas e 5% dos casos chegam até a 42ª semana configurando o que se nomeia gestação prolongada. Apesar de haver divergências na literatura médica quanto a uma conduta expectante ou ativa após 41/42 semanas, o certo é que é possível usar métodos para desencadear artificialmente o trabalho de parto. Portanto, não é obrigatório recorrer-se *a priori* à cesariana.

Moderno é ter cesariana, parto normal é obsoleto: o sucesso reprodutivo demonstra claramente a eficácia do parto normal. Já a sua eficiência é demonstrada por inúmeras comparações entre complicações de cesarianas e partos normais publicadas em revistas científicas idôneas. Baseando-se nelas é que as instituições que zelam pela saúde pública recomendam preferência pelo parto natural e restrição do uso de cesariana aos casos de real necessidade médica. Para muitas pessoas, contudo, parece uma ingratidão não se utilizar universalmente todos os recursos médicos decorrentes do avanço médico do último século, como a analgesia e o parto operatório.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste capítulo gostaríamos de refletir que, em qualquer ramo da experiência humana, as verdades absolutas em geral são grandes equívocos disfarçados. Esta visão deve ser aplicada ao parto. Por sua vez, viver intensa e integralmente o parto remete as mulheres a um profundo exercício de escolhas neste universo de possiblidades, bem como os profissionais ao estudo e à sensatez.

REFERÊNCIAS

Amorim, M. M. R., Souza, A. S. R., & Porto, A. M. F. (2010). Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. **Femina, 38**(8), 415-422.

Betrán, A. P., Marialdi, M., Lauer, J. A., Bing-shun, W., Thomas, J., Look, P. V. & Wagner. M. (2007). Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. **Paediatric and Perinatal Epidemiology, 21**, 98–113.

Caughey, A. B., Cahill, A. G., Guise, J-M., & Rouse, D. J. (2014). Safe prevention of primary cesarean delivery. **American Journal of Obstetrics and Gynecology, 210**(3), 179-193.

Davis-Floyd, R. (1998). **Cyborg babies: from Techno-sex to Techno-tots**. New York: Routledge.

Davis-Floyd, R. & Jordan, B. (1978). **Birth in four cultures: a cross-cultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States** (4. ed.). Montreal: Eden Press.

Diniz, C. S. D. (2001). **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**.

Tese de doutorado. Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo. São Paulo.

Domingues, R. M. S. M., Dias, M. A. B, Nakamura-Pereira, M., Torres, J. A., d'Orsi, E., Pereira, A. P. E, … Leal, M. C. (2014). Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública, 30**(Supl. 1), S101-S116.

Freyre, G. (1992). **Casa-grande & senzala** (46. ed.). Rio de Janeiro: Record.

Lannon, S., Guthrie, K. A., Vanderhoeven, J. P., & Gammill, H. S. (2015). Uterine rupture risk after periviable cesarean delivery. **Obstetrics and Gynecology, 125**(5), 1095-1100.

Leal, M. C., Torres, J. A., Domingues, R. M. S. M., Theme Filha, M. M., Bittencourt, S., Dias, M. A. B., … Gama, S. G. N. (2014). **Nascer no Brasil: Sumario Executivo Temático da Pesquisa**. Disponível em http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf.

Martins-Costa, S. H., Hammes, L. S., Ramos, J. G., Arkader, J., Corrêa, M. D., & Camano, L. (2002). **Cesariana- Indicações** (Projeto Diretrizes). Brasília: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina.

Murta, C., Novaes, P. B., Gava, L., & Marques, T. S. (2005). Humanização do parto e nascimento. Em C. Murta (Org.), **Dimensões da humanização: Filosofia, Psicanálise, Medicina** (pp.115-168). Vitória: EDUFES.

Novaes, P. B., & Novaes, L. B. (2002). **Sagrado: um vídeo educativo sobre a humanização do parto e nascimento à luz das**

recomendações da Organização Mundial da Saúde [Filme-vídeo]. Direção Paulo Batistuta Novaes e Luciene Batistuta Novaes. Roteiro: Luciene Batistuta Novaes. Fotografia e Edição: José Antônio Sarmento. Vitória (ES), Produção independente: Paulo Batistuta Novaes. NTSC, 18 minutos, son., color.

Novais, F. A., & Alencastro, L. F. (1977). **História da vida privada no Brasil: Império** (Vol. 2, 2. ed.). São Paulo: Companhia das Letras.

Ribeiro, D. (2000). **O processo civilizatório: estudos de antropologia da civilização: etapas do desenvolvimento sociocultural**. São Paulo: Publifolha.

Rocha, J. A., & Novaes, P. B. (2010). Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. **Femina, 38**(3), 119-126.

Santos, M. L. (2002). **Humanização da Assistência ao parto e nascimento. Um modelo teórico**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina.

Schrader, C. (1984). **Mother and child were saved. The memories (1693-1740) of the midwife Catherina Schrader**. Amsterdan: Rodopi.

Souza, A. S. R., Amorim, M. M. R., & Porto, A. M. F. (2010). Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II. **Femina, 38**(9), 459-468.

This, B. (1980). **El padre: acto de nacimiento** (1. ed.). Barcelona: Paidos.

World Health Organization. (1985). Appropriate technology for birth. **The Lancet, 2**(8452), 436-437.

World Health Organization. (1996). Care in normal birth: a practical guide. **Birth, 24**(2), 121-123.

Zhang, J., Landy, H. J., Branch, D. W., Burkman, R., Haberman, S., Gregory, K. D., … Reddy, U. M. (2010). Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. **Obstetrics and Gynecology, 116**(6), 1281-1287.

Capítulo 4

Puerpério: mudanças corporais e cuidados com o bebê

Isis Daniella Carvalho Silva
Mayara Natália de Lima Silva Chaves
Cláudia Fell Amado

DEFINIÇÃO DE PUERPÉRIO

O puerpério é o período que o corpo da mulher tem para retornar às condições normais após ter passado por todas as mudanças determinadas pela gestação. Inicia logo após o parto e termina quando se dão as modificações locais e gerais de seu organismo para a normalidade de forma gradativa (Enderle et al., 2013; Salim, Araújo, & Gualda, 2010). Pode-se falar em um período que pode durar em

torno de 40 (quarenta) a 60 (sessenta) dias, mas é um período cronologicamente variável.

Ocorrem nas mulheres puérperas adaptações fisiológicas e comportamentais complexas que dizem respeito aos fenômenos involutivos, onde os órgãos internos retornam aos seus lugares, retomam os seus tamanhos. Nessa fase pode ocorrer perda de peso. Também há o estabelecimento da amamentação, onde a mulher passa a produzir leite; é uma fase de adaptação psicológica ao novo papel e de reorganização de todos os seus papéis; e também de estabelecimento da relação mãe/filho e familiares, além de transformações na sua inserção social. No puerpério ainda estão presentes alterações ocorridas em decorrência da gravidez, como dor ou desconforto abdominal, na região perineal, nas mamas, dores musculares, articulares e isso pode dificultar ou até mesmo impedir a mulher de realizar suas atividades de autocuidado e de cuidados com o bebê (Enderle et al., 2013; Martins, Ribeiro, & Soler, 2011; Salim et al., 2010).

A mulher vai passar por uma reestruturação das suas relações familiares com a chegada do bebê, na intenção de se adaptar a essa nova situação, numa fase que é na maioria dos casos percebida com diminuição do bem-estar biológico, psicológico, conjugal e familiar. É importante saber que nos primeiros dias do pós-parto, a mulher está vulnerável a qualquer tipo de problema e assim uma rede de cuidados que envolve a família e os serviços de saúde deve estar atenta à uma necessidade inerente a essa fase de garantir e preservar sua saúde, o seu bem-estar físico e emocional (Camacho et al., 2006).

Assim sendo, a assistência em saúde à puérpera implica, principalmente, identificar e intervir sobre os possíveis riscos para a saúde da mulher e do recém-nascido; favorecer a relação mãe-bebê; incentivar e oferecer suporte à amamentação e quando não houver amamentação, orientar adequadamente acerca da alimentação do bebê que não mama ou não vivencia o aleitamento exclusivo; e por fim, mas não menos importante, abordar o assunto do planejamento familiar informando e apresentando meios para tal (Ministério da Saúde, 2011).

Então, é relevante favorecer um espaço de escuta onde a mãe deverá ser incentivada a falar sobre como se sente e indagar e observar questões como: aleitamento, frequência das mamadas (dia e noite), dificuldades na amamentação, saciedade do RN com as mamadas, condições das mamas; alimentação, sono, atividades; dor, fluxo vaginal, sangramento, queixas urinárias, febre; planejamento familiar, sobre o desejo de ter mais filhos, desejo de usar método contraceptivo, métodos já utilizados, método de preferência, dando ênfase a importância da consulta pré-concepcional e desestimulando uma gestação consecutiva com menos de seis meses; condições psicoemocionais, seu estado de humor, preocupações, desânimo, fadiga, entre outros; condições sociais que compreende a rede de apoio que dispõe, enxoval do bebê, condições para atendimento a necessidades básicas (Ministério da Saúde, 2005, 2011).

Por todas as transformações vivenciadas, o puerpério repercute na saúde mental das mulheres que podem vir a desenvolver algum transtorno de humor. Parece contraditório quando se imagina que iniciar-se na maternidade seja um momento jubiloso, mas o que se vê são inúmeras mulheres no período pós-parto vivenciando sentimentos como tristeza ou ansiedade. O que separa os eventos "normais" do adoecimento é uma linha muito estreita e exige uma atenção minuciosa dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado da puérpera (Camacho et al., 2006).

Dessa forma, alguns fatores apontam para maior risco da mulher desenvolver depressão no puerpério: idade inferior a 16 anos, história de transtorno psiquiátrico prévio, eventos estressantes experimentados nos últimos 12 meses, conflitos conjugais, ser solteira ou divorciada, desempregado dela ou do cônjuge e apresentar pouco suporte social. Além de fatores relacionados à personalidade, esperar um bebê do sexo oposto ao desejado, apresentar poucas relações afetivas satisfatórias, suporte emocional deficiente e abortamentos espontâneos ou de repetição (Camacho et al., 2006).

O puerpério é um evento marcante na vida da mulher, no entanto, toda atenção é dirigida ao bebê, e da mulher em geral,

espera-se que ela se adapte prontamente à rotina da maternidade e sem dificuldades, o que provavelmente implica em frustração diante de todas as dificuldades inerentes à fase que está vivenciando e pode sim evoluir para um adoecimento. Portanto, a atenção à mulher puérpera deve ser multi e inter-disciplinar, a fim de promover condições a ela de enfrentar cada etapa do período puerperal com mais segurança e conforto psicossocial e físico.

MUDANÇAS CORPORAIS

Em consequência de todas as transformações sofridas pela mulher durante a gravidez e parto, a mulher no período do pós-parto enfrenta dor e desconforto, principalmente nas regiões abdominal (barriga), perineal, muscular, articular, mamária e mamilos, nos membros superiores (braços e mãos), na região dorsal (costas), na evacuação das fezes. Um estado de tensão e relaxamento são experimentados no pós-parto porque a mulher fez muito esforço físico e gastou muita energia durante o trabalho de parto, o que também pode levar à fadiga (Enderle et al., 2013; Martins et al., 2011; Salim et al., 2010).

Outro problema físico é uma flexibilidade além do normal nas articulações, devido a ação hormonal e que pode persistir até cinco meses após o parto e é percebido pela mulher principalmente pelo desconforto e dores tanto espalhadas quanto concentradas na região do quadril (Enderle et al., 2013; Salim et al., 2010).

A musculatura (assoalho pélvico) que é responsável pelos mecanismos de contenção da urina precisa se reestruturar para voltar ao normal e pode acontecer de a mulher perder urina involuntariamente nesse período. Toda a rede de músculos da barriga, os músculos abdominais, se distendeu ao redor do útero a fim de acompanhar o crescimento do feto e precisam de um tempo para voltar ao normal após o parto, mas essa distensão pode causar dores nas costas, já que os músculos abdominais são importantes na sustentação do tronco e se estão fora de forma isso significa que não estão exercendo seu papel

adequadamente e estão sobrecarregando as costas. Os órgãos internos que nessa fase voltam aos seus lugares e alguns deles são descomprimidos (Enderle et al., 2013; Salim et al., 2010).

Outro aspecto corporal experimentado nessa fase é a perda de peso, que nem sempre ocorre, mas que na maioria das vezes representa uma perda de cerca de 5 (cinco) a 6 (seis) kg no pós-parto imediato e à medida que ocorre uma normalização metabólica pode-se perder em média de 2 (dois) a 3 (três) kg nos primeiros dez dias. No entanto, o excesso de peso adquirido na gestação pode ocasionar dores no sistema locomotor da mulher (Enderle et al., 2013; Salim et al., 2010).

O períneo pode estar prejudicado em decorrência de possíveis lacerações ou episiotomia (corte na região da vagina) durante o parto normal; bem como a genitália pode apresentar edemas e hematomas (Enderle et al., 2013; Martins et al., 2011; Salim, et al., 2010). Os membros inferiores (pernas e pés) podem apresentar edemas e dores e que podem favorecer as alterações tromboembólicas (Martins et al., 2011). Durante a gestação a região lombar e glútea (bumbum) precisam adotar uma postura devido à todas as mudanças durante a gestação e essas alterações podem provocar muitas dores (Martins et al., 2011).

É importante, vale ressaltar mais uma vez, que uma equipe de atendimento formada por diferentes especialidades na saúde esteja em ação na atenção à puérpera, a fim de que a mulher receba um cuidado integral e direcionado às suas necessidades e que estejam atuando em conjunto com os familiares e comunidade. Há de se destacar que cada indivíduo passa pelo puerpério à sua maneira, é relevante estar de olhos e ouvidos atentos às individualidades.

CUIDADOS COM O BEBÊ RECÉM-NASCIDO

Preparando-se para receber o bebê

A saúde do recém-nascido depende da boa saúde e nutrição maternas, principalmente durante a gravidez, no parto e no pós-parto.

Cuidados de boa qualidade para a mãe durante a gravidez e no parto são tão importantes quanto os cuidados direcionados ao bebê depois do nascimento. Desta forma, fica claro que os cuidados à saúde do recém-nascido começam bem antes do nascimento.

Durante a gravidez, a mãe precisa estar bem nutrida, livre de infecções e com monitoramento para complicações. As grávidas devem ter acesso às medidas de prevenção, ao tratamento quando necessário e a orientações relacionadas à saúde. Durante o trabalho de parto e o parto, os cuidados obstétricos de emergência são especialmente importantes para tratar complicações que podem ser fatais. Portanto, os cuidados adequados durante a gravidez, o trabalho de parto e parto são os primeiros passos para uma boa atenção ao recém-nascido.

Além destes fatores, os profissionais de saúde precisam de conhecimento e habilidades para oferecer cuidados essenciais ao recém-nascido (Beck, Ganges, Goldman & Long, 2004).

Vacinação do recém-nascido

Nos primeiros 28 dias, o bebê deverá receber duas vacinas: a BCG que protege a criança da tuberculose e a primeira dose da HB para evitar a Hepatite B (Ministério da Saúde, 2001).

Testes de triagem neonatal

O teste do pezinho pode ser feito no recém-nascido a partir de 48 (quarenta e oito) horas até 30 (trinta) dias de nascido, em que serão coletadas algumas gotinhas de sangue do calcanhar do bebê, com o objetivo de diagnosticar algumas doenças que não apresentam sintomas no nascimento e, se não forem tratadas cedo, podem causar sérios danos à saúde, inclusive retardo mental grave e irreversível. Este exame é gratuito e obrigatório por lei, e desta forma, todos os bebês tem direito (Botler, Camacho, Cruz & George, 2010; Silva, Zagonel & Lacerda, 2003; Souza, Schwartz & Giugliani, 2002).

O teste do olhinho é um teste rápido e indolor e tem a função de descobrir doenças nos olhos, como por exemplo, a catarata e o glaucoma congênitos, além de outros problemas cuja identificação precoce possibilita o tratamento no tempo certo e o desenvolvimento normal da visão. Também é realizado o teste da orelhinha que tem a função de investigar deficiência auditiva (Botler et al., 2010).

As principais características do recém-nascido

As características do recém-nascido o diferenciam de todas as outras faixas etárias. A postura normalmente é simétrica e flexionada. Ele normalmente apresenta choro forte, de timbre variável e sua pele é lisa, brilhante, úmida e fina. Quando na posição deitada de barriga para cima apresenta os braços flexionados e as pernas semiflexionadas, a cabeça permanece para o lado e as mãos fechadas (Ministério da Saúde, 2011).

Cuidando do RN em casa (Beck et al., 2004)

Aquecimento: Principalmente nas primeiras semanas de vida, o recém-nascido precisa estar aquecido. Ele não consegue melhorar a temperatura de seu corpo como os adultos fazem, e acabam ficando com frio ou calor muito mais rápido. Além do mais, o corpo do bebê é pequeno e não é capaz de se aquecer por conta própria. Se ele ficar com muito frio, pode vir a óbito.

Sono: Os recém-nascidos precisam dormir. Quando estão saudáveis, dormem a maior parte do tempo entre mamadas. Eles geralmente acordam a cada 2 a 3 horas para mamar. Durante a noite, ele pode dormir até 4 horas entre mamadas. É preciso estar atento aos intervalos entre uma mamada e outra e manter a regularidade da alimentação do bebê, mesmo que seja preciso acordá-lo, com cuidado.

Carinho: um recém-nascido não consegue sobreviver sem carinho. Ao nascer, ele é incapaz de satisfazer suas necessidades básicas e

quando está com fome, frio ou dor, ele só consegue chorar ou se mostrar desconfortável. A mãe ou cuidador aos poucos vai conhecendo a personalidade do seu bebê, satisfazendo suas necessidades e assim, ele vai aprender que o mundo é um local seguro e amoroso. Os recém-nascidos devem sempre ser tratados de forma suave, gentil e com uma voz baixa.

Proteção contra infecção: o recém-nascido não consegue se proteger contra as infecções e por isso a família deve ter alguns cuidados especiais. As mãos devem ser lavadas com sabão e água antes e depois de tocar no recém-nascido. As unhas devem ser mantidas curtas para evitar aqueles germes que vivem sob as unhas. Não é necessário colocar curativos ou produtos no cordão umbilical, devendo ficar limpo e seco após a higiene com álcool 70. Tudo que estiver em casa que for ter contato com o bebê, como as roupas, lençóis e cobertores, devem ser lavados. As crianças e adultos doentes devem ser mantidos longe do bebê. Ele deve ser protegido contra fumaça no ar (de cigarros ou da cozinha), por que podem causar problemas respiratórios. É importante também que o recém-nascido durma protegido com um mosquiteiro para evitar mordidas de insetos e transmissão de doenças. O leite materno também oferece proteção contra infecções e por isso é indicado o aleitamento exclusivo. Devem ser respeitadas as épocas de vacinação do bebê.

É importante destacar também que o bebê nunca deve dormir de barriga para baixo (de bruços). O recomendado é que ele durma de barriga para cima. Também deve ser mantido o cuidado para que a boca e o nariz não fiquem cobertos. Para aquecê-lo, é melhor agasalhar a criança com mais roupas do que cobrir com muitas cobertas. Aqui, cabe a ênfase dada a nunca deixar a criança sozinha sobre o trocador (mesa, cômoda); na sua cama; no banho; em casa ou sob os cuidados de outra criança.

Alimentação do RN

O recém-nascido precisa somente do leite materno até os 6 meses de idade. Não é necessário oferecer água, chás ou outros alimentos.

Na impossibilidade do aleitamento exclusivo, a alimentação do recém-nascido deve seguir as orientações pediátricas (Ministério da Saúde, 2011).

Recém-nascido prematuro

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera prematura a criança com menos de 37 semanas de gestação (Zomignani, Zambelli, & Antonio, 2009). Os recém-nascidos prematuros têm dificuldades para permanecer em estado de alerta e apresentam geralmente tônus extensor (ficam mais esticados), o que pode causar dificuldades no sugar do peito (Andrade & Guedes, 2005). Todo prematuro tem o direito de ser cuidado por uma equipe multidisciplinar com capacidade para compreendê-lo, interagir com ele e para tomar decisões buscando a melhora de seu desenvolvimento (Ministério da Saúde, 2011).

Sinais de perigo para o recém-nascido

Segundo Beck et al. (2004) a mãe e a família devem procurar um serviço de saúde imediatamente, se o bebê apresentar: problemas respiratórios; dificuldade para mamar ou incapacidade para chupar; corpo frio; febre; pálpebras vermelhas e inchadas e secreção de pus dos olhos; pele avermelhada, inchaço, pus ou cheiro desagradável ao redor do cordão umbilical ou umbigo; convulsões/desmaios; ou icterícia/pele amarelada. Estes sinais de perigo podem indicar problemas graves de saúde que podem causar a morte do bebê.

AMAMENTAÇÃO

Está mais do que comprovada a superioridade do leite materno sobre outros tipos de leite, também por isso se faz necessário que a sociedade em geral e as mulheres em particular estejam

conscientizados da importância da amamentação (Ministério da Saúde, 2005; Duarte, s/d).

O ato de amamentar repercute positivamente na habilidade da criança de se defender de infecções, no funcionamento do seu organismo e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional; repercute também na saúde física e psíquica da mãe. Ou seja, o ato de amamentar vai além do papel de nutrir a criança que mama (Ministério da Saúde, 2005).

Para que mãe e bebê vivenciem efetiva e tranquilamente a amamentação é fundamental que a mulher conheça os aspectos que se referem à prática do aleitamento materno. As mães orientadas da maneira correta nos serviços de saúde pública e nos hospitais amamentam melhor e durante mais tempo, elas precisam de apoio emocional e de estarem apropriadas do ato de amamentar para que tenham sucesso (Ministério da Saúde, 2007).

Favorecer esse conhecimento faz parte da estratégia que todo profissional de saúde deve adotar em sua prática, contribuindo assim para a preparação da gestante para o ato de amamentar. Esse preparo iniciado ainda durante a gestação deve informar à mãe e à família e comunidade envolvida sobre as vantagens da amamentação, deve garantir orientações sobre o manejo da amamentação, bem como deve incentivar as gestantes a prepararem as mamas para o aleitamento (Ministério da Saúde, 2005).

Vantagens para a criança (Ministério da Saúde, 2011):

- O leite materno humano é alimento COMPLETO e SUFICIENTE porque contém TODOS os nutrientes que o bebê precisa e muitos deles não são encontrados em nenhum outro tipo de leite. Por isso NÃO EXISTE LEITE HUMANO FRACO, além de que se trata de um leite feito especialmente para o estômago do bebê facilitando a sua digestão.

- O leite materno dá proteção contra doenças como diarreia (que pode causar desidratação, desnutrição e morte), pneumonias, infecção de ouvido, alergias, entre outras.
- O leite materno é LIMPO, PRONTO e está na temperatura certa.
- Dar de mamar faz o bebê sentir-se querido e seguro.
- Dar de mamar traz benefícios para a dentição e fala.
- Bebês que mamam no peito apresentam melhor crescimento e desenvolvimento.
- O leite materno é o alimento ideal, não sendo necessário oferecer água, chá e nenhum outro alimento até os seis meses de idade.

Vantagens para a mãe, a família e a comunidade (Ministério da Saúde, 2011):

- Aumenta os laços afetivos. A amamentação é um momento que permite à criança aprender muito cedo a comunicar-se e relacionar-se com afeto e confiança.
- Dar o peito logo que o bebê nasce, diminui o sangramento da mãe após o parto.
- Faz o útero voltar mais rápido ao normal.
- Contribui para que a mãe retorne ao seu peso normal.
- É um método natural de planejamento familiar, quando o aleitamento é exclusivo.
- Diminui o risco de câncer de mama e ovários.
- É econômico e prático. Não se compra.

O colostro é o leite dos primeiros dias após o parto. Ele contém todos os nutrientes que criança precisa no início da vida. É produzido na quantidade suficiente e pode ser claro ou amarelo, ralo ou grosso, depois de alguns dias é que o colostro muda a sua cor. O colostro protege o bebê contra muitas doenças (Calife, Lago, & Lavras, 2010; Ministério da Saúde, 2011).

O leite materno é de digestão fácil, por isso, algumas crianças querem mamar mais vezes. Assim o bebê deve mamar assim que nascer e depois quantas vezes ele quiser, é o que chamamos de livre demanda. Na livre demanda o bebê decide os horários de mamar e quanto tempo vai durar cada mamada (Calife et al., 2010; Duarte, s/d; Ministério da Saúde, 2011).

O bebê precisa mamar um peito até que ele esvazie para só então mamar o outro peito, mesmo que isso só aconteça na próxima mamada. O leite do início da mamada é mais ralo porque contém mais água, ele mata a sede e defende o bebê contra infecções. A concentração de gordura no leite vai aumentando no decorrer de uma mamada e, por isso, o leite do final da mamada contém mais gordura e, além de saciar ele engorda o bebê. O bebê precisa do leite do início e do fim da mamada (Calife et al., 2010; Duarte, s/d; Ministério da Saúde, 2007).

É importante salientar que quanto maior o volume de leite e quanto maior a frequência das mamadas, maior será a produção de leite. A mãe deve se manter muito bem hidratada, ingerindo cerca de 3 litros de água por dia (Calife et al., 2010; Duarte, s/d; Ministério da Saúde, 2007).

Manejo da amamentação

Os posicionamentos da mãe, do bebê e do bebê em relação à mãe, bem como a forma como o bebê abocanha (pega) o mamilo e aréola são determinantes no sucesso da amamentação.

No que diz respeito à posição da mãe a regra é que ela se sinta confortável e relaxada, esteja ela sentada, deitada ou em pé. Já quanto ao posicionamento adequado do bebê deve-se seguir as seguintes recomendações (Calife et al., 2010; Ministério da Saúde, 2007):

- Rosto do bebê de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo.
- A barriga do bebê deve ser mantida junto ao copo da mãe.

- Bebê com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido).
- Bebê bem apoiado, nesse caso almofadas podem ser bastante úteis.

Tendo-se conseguido os posicionamentos adequados, deve-se observar a pega, que está correta quando a criança abre a boca e consegue abocanhar boa parte da região mamilo areolar que é aquele círculo mais escuro e mais ao centro da mama. Quando a pega se dá somente no mamilo ou bico do peito, a pega está errada e isso dificulta o bebê sugar e machuca o peito da mãe causando dores a ela. Assim sendo, seguem orientações quanto à pega do bebê correta (Ministério da Saúde, 2007):

- Mais aréola visível acima da boca do bebê que embaixo.
- Boca bem aberta e de frente para o bico do peito.
- Lábios virados para fora.
- Queixo do bebê tocando a mama.

Para oferecer a mama, o bebê deve ser levado ao peito e não o contrário. Antes de oferecer o peito, a mãe deve massagear o peito com movimentos circulares da aréola para as regiões mais afastadas e deve fazer uma ordenha manual para retirar um pouco de leite e assim deixar a aréola mais macia. A ordenha manual consiste em retirar leite da mama com as mãos e deve-se proceder da seguinte forma: com os dedos indicador e polegar formando a letra "c", ela deve espremer as regiões acima e abaixo do limite da aréola e pressionando também levemente contra o tórax até que sejam retiradas gotas de leite (Calife et al., 2010; Duarte, s/d; Ministério da Saúde, 2007, 2011).

A ordenha manual serve para aliviar o desconforto provocado por uma mama muito cheia, manter a produção de leite quando o bebê não suga ou tem sucção inadequada, aumentar a produção de leite e retirar leite para ser oferecido à criança na ausência da mãe ou para ser doado a um banco de leite humano (Calife et al., 2010; Duarte, s/d; Ministério da Saúde, 2007). É importante lembrar que, em caso de uma nova gestação, a ordenha não é indicada.

Se o objetivo da ordenha, seja ela manual ou com auxílio de um equipamento eletrônico próprio para tal função, é armazenar o leite materno, alguns cuidados devem ser tomados (Ministério da Saúde, 2007, 2011):

- Utilizar vasilhame de vidro esterilizado para receber o leite, preferencialmente vidros de boca larga com tampas plásticas, que possam ser submetidos à fervura por no mínimo 15 minutos.
- Usar touca ou um pano limpo para prender os cabelos.
- Evitar falar, espirrar ou tossir durante a ordenha.
- Usar máscara ou pano limpo para cobrir a boca.
- Lavar as mãos e os braços até os cotovelos com bastante água e sabão. As unhas devem estar limpas e de preferência curtas.
- Lavar as mamas apenas com água; sabonetes devem ser evitados pois ressecam os mamilos e os predispõem a fissuras.
- Secar as mãos e as mamas com toalha individual ou descartável.
- Posicionar o recipiente onde será coletado o leite materno (copo, xícara, caneca ou vidro de boca larga) próximo ao seio.
- Desprezar os primeiros jatos; assim, melhora a qualidade do leite pela redução dos contaminantes microbianos.
- Rotular o frasco com a data da coleta.
- Guardar imediatamente o frasco na geladeira ou freezer, em posição vertical.

O leite ordenhado cru (não pasteurizado) pode ser conservado em geladeira por 12 horas e no freezer ou congelador por 15 dias. O leite deve ser descongelado em banho-maria, não pode ser fervido e após ser descongelado ou retirado da geladeira, se não for consumido, deve ser jogado fora (Calife et al., 2010; Duarte, s/d; Ministério da Saúde, 2007).

A mamada deve terminar quando o bebê soltar o peito espontaneamente. Caso necessário, a mãe pode colocar o dedo mindinho na boca do bebê pela lateral para ele soltar o peito. E depois o bebê deve ser colocado para arrotar, ou levantado e com a cabeça apoiada no ombro do adulto sendo massageado levemente nas costas; ou o bebê

pode ser colocado sentado no colo do adulto, inclinando-o para frente, apoiado com o braço de quem o segura, voltado para frente com as pernas flexionadas (Duarte, s/d; Ministério da Saúde, 2007, 2011).

Preparo das mamas para o aleitamento

Recomenda-se que a gestante exponha durante 15 (quinze) minutos por dia as mamas ao sol, nos horários até 10 (dez) horas da manhã ou após as 16 (dezesseis) horas. Ou por igual período, exponha as mamas a banhos de luz com lâmpadas de 40 watts, a cerca de um palmo de distância (Calife et al., 2010; Duarte, s/d).

O tipo de bico que a mulher apresenta não é realmente importante para a amamentação, como já dito, o bebê mama a aréola (parte mais escura da mama) e não o bico. Não se deve usar cremes, pomadas, sabonetes e sabão nos mamilos e o uso do sutiã deve ser estimulado, pois este ajudará na sustentação das mamas (Duarte, s/d; Ministério da Saúde, 2011).

Dificuldades com o aleitamento no período puerperal

- Fissuras e rachaduras ocorrem habitualmente quando a amamentação é praticada com o bebê posicionado errado ou quando a pega está incorreta. As mamas devem ser mantidas secas e não se deve usar sabonetes, cremes ou pomadas no mamilo. Para tratar as fissuras indica-se o próprio leite materno do fim das mamadas, banho de sol e correção da posição e da pega (Calife et al., 2010; Ministério da Saúde, 2007).
- Leite "empedrado" ou peito ingurgitado, mastite e abscesso. O leite "empedra" ou porque a pega e/ou a posição do bebê estão erradas ou porque o peito está muito cheio e não é esvaziado deixando o peito ingurgitado, que é doloroso, as mamas ficam edemaciadas (a pele brilhante) ou mesmo avermelhadas. A mulher pode vir a ter febre. Para tratar deve-se

corrigir a pega e/ou a posição do bebê na hora de mamar e realizar a ordenha do leite. Já a mastite é um processo inflamatório ou infeccioso que pode ocorrer na mama lactante, em geral é unilateral e pode ser consequência de um ingurgitamento indevidamente tratado. Nesse caso, se faz necessária uma avaliação médica para o estabelecimento do tratamento apropriado com remédios. A amamentação na mama afetada deve ser mantida, sempre que possível. No caso de formação de abscesso, é preciso tratamento hospitalar com drenagem e antibiótico (Calife et al., 2010; Ministério da Saúde, 2007).

Contraindicação

Apesar de raras, contraindicações existem, como segue: mulheres com câncer de mama que foram tratadas ou estão em tratamento; mulheres portadoras do vírus HIV e HTLV e mulheres com distúrbios graves da consciência ou do comportamento. (Calife et al., 2010; Ministério da Saúde, 2011).

REFERÊNCIAS

Andrade, I. S. N., & Guedes, Z. C. F. (2005). Sucção do recém-nascido prematuro: comparação do método Mãe-Canguru com os cuidados tradicionais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 5**(1), 61-69.

Beck, D., Ganges, F., Goldman, S., & Long, P. (2004*).* **Cuidados ao recém-nascido***.* [Manual de consulta]. Washington, DC: Save the Children Federation.

Botler, J., Camacho, L. A. B., Cruz, M. M., & George, P. (2010). Triagem neonatal - o desafio de uma cobertura universal e efetiva. **Ciência & Saúde Coletiva, 15**(2), 493-508.

Calife, K., Lago, T., & Lavras, C. (org.). (2010). **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré natal e puerpério**. São Paulo: SES/SP.

Camacho, R. S., Cantinelli, F. S., Ribeiro, C. S., Cantilino, A., Gonsales, B. K., Braguittoni, E., & Rennó Júnior, R. (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento **Revista de Psiquiatria Clínica, 33**(2), 92-102.

Duarte, J. C. S. (sem data). **Projeto de Inclusão Social e Desenvolvimento Comunitário: Promoção da amamentação e alimentação complementar**. São Paulo: Senac.

Enderle, C. F., Kerber, N. P. C., Lunardi, V. L., Nobre, C. M. G., Mattos, L., & Rodrigues, E. F. (2013). Condicionantes e/ou determinantes do retorno à atividade sexual no puerpério. **Revista Latino Americana de Enfermagem, 21**(3), 7 telas. Disponível em http://www.eerp.usp.br/rlae.

Martins, A. B., Ribeiro, J., & Soler, A. S. G. (2011). Proposta de exercícios físicos no pós-parto: um enfoque na atuação do enfermeiro obstetra. **Investigación y Educación en Enfermería, 29**(1), 40-46.

Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. Imunização. (2001). **Manual de Normas de Vacinação** (3. ed.). Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2007). **Promovendo o aleitamento materno**. (2. ed.). Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. (2005). **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e**

humanizada [Manual técnico] (Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5). Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. (2011). **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** (Vol. 4, Série A. Normas e Manuais Técnicas). Brasília: Ministério da Saúde.

Salim, N. R., Araújo, N. M., & Gualda, D. M. R. (2010). Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. **Revista Latino Americana de Enfermagem, 18**(4), 8 telas. Disponível em http://www.eerp.usp.br/rlae.

Silva, M. B. G. M., Zagonel, I. S., & Lacerda, M. R. (2003). A enfermagem na triagem neonatal. **Acta Scientiarum, 25**(2), 155-161.

Souza, C. F. M., Schwartz, I. V., & Giugliani, R. (2002). Triagem neonatal de distúrbios metabólicos. **Ciência & Saúde Coletiva,** 7(1), 129-137.

Zomignani, A. P., Zambelli, H. J. L., & Antonio, M. A. R. G. M. (2009). Desenvolvimento cerebral em recém-nascidos prematuros. **Revista Paulista de Pediatria, 2**7(2), 198-203.

Capítulo 5

A tristeza materna: diferenças e semelhanças entre o baby blues e a depressão pós-parto

Roberta Rangel Batista

A gestação, o parto e a maternidade são objetos de discussão relacionados à saúde e socialização da mulher desde sua mais tenra idade. As funções e comportamentos esperados, e incumbidos ao sexo feminino socialmente, percorrem a noção de que toda mulher nasceu, ou está preparada, para ser mãe, para saber amamentar e cuidar integralmente das demandas do seu bebê (Tavares, Matão, Guimarães & Montalvão, 2014).

No entanto, a gestação, o parto e a preparação para a maternidade caracterizam-se por períodos de intensa atividade hormonal e mudanças no corpo feminino, que são acrescidas a permanente pressão social do que vem a compor o normativo ao "ser mãe" (Ferreira et al., 2014). A mulher ao gestar e ao parir, entra em contato não apenas com as modificações fisiológicas em seu organismo, mas também com as experiências, rotinas e cuidados próprios deste período, que demandam esforços psicológicos e sociais (Costa, et al., 2015; Nogueira, 2006).

Após o momento do parto, as alterações fisiológicas e a cessação da interação hormonal entre o bebê e o organismo materno ocorrem gradualmente, no período denominado puerpério. Este período compreende desde o momento no qual houve o deslocamento placentário até o momento em que o organismo retorna ao estado anterior à gravidez (Costa, 2012). O período do puerpério caracteriza-se por ser um momento sensível e necessitado de cuidados, tanto da rede de profissionais de saúde envolvida quanto da rede de apoio social da mulher (Andrade, Santos, Maia, & Mello, 2015).

Podendo chegar à duração de até 45 dias, o período do puerpério seria o estágio no qual a mulher ainda está se adaptando à maternidade e "reconciliando-se" com seu corpo (Valentim, 2010). É um momento no qual a mulher está experienciando uma fase de mudanças e adaptações físicas e emocionais juntamente com um possível enfrentamento do que eram as suas expectativas iniciais e do que vem a ser o efetivo nascimento de sua criança (Bernardi & Carraro, 2014).

No puerpério a mulher vivencia uma transição importante que compreende: a estruturação e pressão advinda da instituição da relação mãe-bebê, alguns sintomas de ansiedade que envolvem a chegada da criança, a não mais idealização do bebê e, principalmente, o fato de a mulher não ser mais o alvo para o qual todas as atenções da família e da rede de apoio estão voltadas (Bernardi & Carraro, 2014; Servilha & Bussab, 2015).

É importante pontuar que, além do quadro ansiolítico que pode ser gerado devido à existência das pressões e designações sociais, as mudanças físicas e fisiológicas que ocorrem no corpo da mulher após o parto possuem relação direta com determinadas transformações psíquicas que podem se suceder. De acordo com Dias e Coaracy (2013) e Murta (2010), todo o período gravídico-puerperal é avaliado como de risco para o psiquismo, uma vez que a mulher experimenta transformações, situações e sentimentos intensos. Além da imagem corpórea diferente, a administração com as particularidades da maternidade e da sexualidade também podem ser desencadeadores de irritabilidade, insegurança, baixa autoestima e indisposição (Dias & Coaracy, 2013; Murta, 2010).

O SENTIMENTO DE TRISTEZA EM PUÉRPERAS: IDENTIFICANDO O *BABY BLUES* E A DEPRESSÃO PÓS-PARTO

O sentimento de tristeza no pós-parto é considerado um objeto de estudo recorrente nas áreas de saúde (Bordignon, Lasta, Ferreira, & Weiller, 2011; Ruschi et al., 2007). A tristeza após o parto, o *baby blues* e a manifestação da depressão após a chegada do bebê são conteúdos de ordem multidisciplinar e, por esta razão, devem ser discutidos e tratados de maneira integrada (Arrais, Mourão, & Fragalle, 2014; Sobreira & Pessôa, 2012).

Na área da Psicologia, por exemplo, discute-se que, dentre as causas para o surgimento do sentimento de tristeza após o parto, pode-se considerar as novas rotinas de cuidados e a adaptação à nova imagem corporal da mulher (Cunha, Ricken, Lima, Gil & Cyrino, 2012). Tendo em vista que o momento do parto estabelece uma separação definitiva entre o bebê e o corpo da mãe, o período puerperal pode ser uma fase propícia ao possível surgimento de uma situação confusa e angustiante para a mulher, causada por um sentimento de perda (Carlesso & Souza, 2011). Esta sensação de perda pode ocorrer

no pós-parto em razão não apenas da separação mãe-bebê, mas também pode ser advinda da experiência do fim do corpo gravídico, momento em que, novamente, a mulher volta a adaptar-se a uma nova imagem corporal (Esteves, 2015).

O surgimento de um estado de humor de entristecimento no pós-parto pode também ser associado a alterações fisiológicas que ocorrem no corpo da mulher neste período. Dentre as hipóteses de cunho biológico para as mudanças de humor ocorridas, Jones (2010) salienta a interação entre os hormônios da prolactina, estrogênio e progesterona como causas importantes a serem ponderadas.

No período puerperal a parturiente apresenta um aumento da produção de prolactina pela hipófise, hormônio este que favorece o desenvolvimento das mamas para a amamentação (Mazzo, 2013; Silva & Davim, 2012). A produção da prolactina permanece alta durante, aproximadamente, dois meses após o parto, o que interfere diretamente na diminuição da produção dos hormônios estrogênio e progesterona (Holanda, Gonçalves, & Maranhão, 2015; Santos & Caveião, 2014). O aumento da prolactina interferindo na redução da produção de estrogênio e progesterona pode ser responsável pela tendência ao humor deprimido manifestado por muitas puérperas (Coelho, 2014). Quanto menor forem estas taxas, maior será a sensação de tristeza aparente (Jones, 2010).

As alterações hormonais, associadas às atribulações que podem surgir na adaptação aos cuidados com o bebê e com a vida materna, podem desencadear um estado de melancolia na mulher conhecido como *maternity blues,* melancolia materna, síndrome da tristeza pós-parto ou *baby blues* (Arrais, Cabral, & Martins, 2012; Carlesso & Souza, 2011; Jager & Bottoli, 2011; Listijono, Mooney, & Chapman, 2014; Pope, Sharma, & Mazmanian, 2014; Räisänen et al., 2013). O *baby blues*, ou tristeza materna, caracteriza-se por ser uma hipersensibilidade da mãe e é evidenciado por sintomas como: insônia, choro fácil, falta de energia, falta de confiança, sentimento de incapacidade de cuidar do bebê, tristeza e irritabilidade (Arrais et al., 2012; Carlesso & Souza, 2011).

Apesar de as características do *baby blues*, muitas vezes, se confundirem com características de um quadro de humor depressivo, o seu desencadeamento é considerado um estado de tristeza típico, ou "normal", das adaptações e transformações fisiológicas, psicológicas e sociais do período puerperal, principalmente, nas primeiras semanas após o parto (Jager & Bottoli, 2011; Pope et al., 2014). O *baby blues* é concebido como uma etapa frequente, atingindo cerca de 80% das puérperas (Silva & Piccinni, 2009) e é qualificado como transitório, ou seja, de pequena durabilidade (Coelho, 2014).

Carlesso e Souza (2011) afirmam que o *baby blues* é uma etapa muitas vezes necessária de reconhecimento entre mãe e bebê, a qual demarca o fim da gravidez psíquica. Por esta razão, é importante ressaltar que a mulher que vivencia o *baby blues* necessita de uma rede de apoio social, afetiva e de informação para que consiga se organizar em sua nova rotina sem que seus sintomas de melancolia materna se acentuem. A manutenção de uma rede de apoio após o parto está inversamente relacionada ao surgimento e continuidade de sintomas depressivos (Alvarenga, Palma, Silva, & Dazzani, 2013).

Os sintomas do *baby blues*, comumente, resolvem-se de maneira espontânea, sem qualquer intervenção terapêutica, nos primeiros meses após o parto (Alvarenga et al., 2013; Silva & Piccinni, 2009). No entanto, é conveniente realizar uma avaliação junto à equipe de saúde caso estes sintomas persistam por mais de três semanas (Brum & Shermann, 2006).

A continuidade da manifestação dos sintomas por um período mais prolongado e, até mesmo, de maneira mais acentuada pode configurar-se como um quadro de depressão pós-parto ou depressão materna, que se caracteriza como uma manifestação psicopatológica importante que acomete cerca de 10% a 20% das puérperas brasileiras que vivenciaram o *baby blues* (Alvarenga et al., 2013; Brum & Shermann, 2006).

A depressão pós-parto, como classificação, não difere da depressão caracterizada fora do período puerperal (Brito, 2013; Konradt et

al., 2011). Contudo, apesar de não haver uma definição específica em catalogações, como o DSM IV e o CID-10, a depressão pós-parto é sinalizada, dentre as áreas de saúde, por meio do especificador "com início no pós-parto", e possui como eixo de tratamento a focalização de aspectos do vínculo mãe-bebê e o fortalecimento da rede de apoiomaterna (Brito, 2013; Lobato, Moraes & Reichenheim, 2011).

Embora a depressão pós-parto seja mais recorrente em mulheres que vivenciaram uma fase de *baby blues*, pontua-se que existem condições pregressas que favorecem o desenvolvimento da tristeza enquanto transtorno psíquico de depressão. Como fatores de risco para o surgimento da depressão pós-parto citam-se: complicações obstétricas, ausência de suporte da família e dos amigos, relação marital insatisfatória, o baixo nível socioeconômico, eventos estressores durante a gravidez, além de história familiar prévia de depressão (Fernandes & Cotrin, 2013; Konradt et al., 2011).

Estudos recentes têm abordado os impactos que a depressão pós-parto possui não apenas na saúde da mulher, mas, de maneira significativa, no desenvolvimento infantil (Brum & Shermann, 2006; Cooper, Murray, & Halligan, 2010; Fernandes & Cotrin, 2013; Friedman & Resnick, 2009; Ronald, Pennell, & Whitehouse, 2011). Discute-se que os sentimentos negativos, a falta de energia e o sentimento de culpabilidade por não conseguir cuidar do recém-nascido podem resultar em um desenvolvimento insatisfatório da interação mãe-bebê, além de desencadear na criança problemas de ordem emocional, cognitiva, comportamental e de linguagem (Cooper et al., 2010; Friedman & Resnick, 2009; Ronald et al., 2011).

Cabe ressaltar, contudo, que os problemas de interação entre mãe e bebê, em função da depressão pós-parto, não devem sugerir um afastamento ou separação da criança de sua mãe, por se presumir uma necessidade de que seja cuidada por outrem. Salienta-se que esta separação pode prejudicar ainda mais o estabelecimento de vínculos afetivos, dificultar a amamentação e fortalecer a sensação de inadequação materna (Andrade, Viana, & Silveira, 2006). Afirmar este

tipo de limitação a uma mãe em estado depressivo pode, inclusive, aumentar o sentimento de incapacidade e favorecer a permanência da mulher em situação depressiva.

BABY BLUES E DEPRESSÃO PÓS-PARTO: FORMAS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO

Considerando que a manifestação do *baby blues,* e posterior desencadeamento para a depressão pós-parto, se caracterizem por fatores biopsicossociais, é importante que a sua prevenção e tratamento, quando necessário, sejam um eixo de análise multidisciplinar. Valença e Germano (2010) apontam que, devido ao fato de a depressão pós-parto possuir uma etiologia multideterminada, há certa dificuldade em se identificar os seus sintomas já no período pré-natal.

A tentativa de se prevenir a depressão pós-parto pode se encontrar, entretanto, associada à necessidade do profissional de saúde estar atento à história familiar da gestante, suas expectativas para o nascimento do bebê, suas reclamações e seus anseios (Valença & Germano, 2010). Embora seja difícil ou até mesmo limitador a determinação de um diagnóstico precoce, o estabelecimento de possíveis fatores de risco pode contribuir para maior compreensão e elaboração de estratégias de intervenção preventiva (Figueira, Diniz, & Silva Filho, 2011; Guidolin & Célia, 2012).

Uma vez estabelecido o quadro depressivo, o tratamento tem sido realizado da mesma maneira com que se intervém em uma paciente não puérpera. É de excepcional importância evidenciar a necessidade de uma intervenção psicoterapêutica com acompanhamento junto ao profissional psicólogo/a, para que sejam trabalhadas as questões de ordem psicossocial (Azevedo & Arrais, 2005; Schmidt, Piccoloto, & Müller, 2005). A intervenção terapêutica, contudo, tem sido frequentemente relacionada à utilização de antidepressivos de maneira pontual, apesar de muitas mulheres manifestarem

insatisfação no uso do medicamento e, até mesmo, desistirem do tratamento (Zambaldi, Cantilino, & Sougey, 2008).

A contrariedade no uso da medição, associada à intervenção psicoterapêutica, tem se fortalecido em função da discussão relativa aos níveis de medicamento que podem se concentrar no leite materno (Tavares et al., 2014). No entanto, a utilização de antidepressivos durante a amamentação é também discutida como passível de ser executada sem riscos excessivos para os lactentes, por existirem medicações com menores índices de acumulação (Magalhães, Pinheiro, Faria, Osório & Silva, 2006).

Embora seja notável e controversa a preocupação com a amamentação em mães que fazem uso de antidepressivos, discute-se também que os efeitos no desenvolvimento infantil, relacionados ao uso de medicação na amamentação, não são permanentes. Por esta razão, muitos obstetras têm priorizado o tratamento da mãe em situação de depressão pós-parto, pois esta sim pode causar impactos significativos no desenvolvimento da criança (Magalhães et al., 2006). Ressalta-se que, apesar de o tratamento à depressão pós-parto ser de ordem multidisciplinar, cabe apenas ao profissional obstétrico e pediatra avaliar a dose necessária e monitoramento para que se reduzam os efeitos da medicação em lactentes (Tavares et al., 2014).

Considerando o conteúdo descrito, enfatiza-se que o *baby blues* e a depressão pós-parto devem ser abordados de modo a se priorizar a saúde materna e infantil de maneira holística e relacional entre aspectos cognitivos, sociais e emocionais da mãe e seu bebê (Azevedo & Arrais, 2005; Schmidt et al., 2005; Schwengber & Piccinni, 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo versou sobre a incidência do sentimento de tristeza no período do puerpério e as definições e formas de tratamentos dos quadros de *baby blues* e consequente depressão pós-parto. Ambos os conceitos são considerados como situações de manifestação de humor

entristecido, mas possuem definições e formas diferentes de identificação e tratamento.

É importante salientar que a tristeza materna, ou *baby blues,* pode configurar-se como um aspecto típico do período puerperal, decorrente das mudanças fisiológicas e de adaptação, não se configurando como condição inerente, ou totalmente vinculada, ao surgimento da depressão pós-parto. A mulher que vivencia um sentimento de tristeza pode ultrapassar esta fase de maneira espontânea sem que seja necessária intervenção terapêutica ou medicamentosa, embora seja imprescindível o suporte de uma rede de apoio social (Alvarenga et al., 2013). Discute-se ainda que, uma vez identificada, a depressão pós-parto deve ser tratada de modo a se respeitar as condições biopsicossociais de desencadeamento do quadro, enfatizando uma intervenção que privilegie a abrangência tanto no âmbito da assistência materna quanto do desenvolvimento infantil (Schmidt et al., 2005).

Acredita-se que o sentimento de tristeza materna ainda possua pouco espaço dentre as conversações a respeito da maternidade, especialmente em função das expectativas de ordem normativa que circulam e são, de certa forma, incumbidas à mulher. Espera-se que este capítulo contribua para maior visibilidade e debate a respeito das características típicas de um período marcado por um misto de sentimentos e transformações.

REFERÊNCIAS

Alvarenga, P., Palma, E. M. S., Silva, L. M. A., & Dazzani, M. V. (2013). Relações entre apoio social e depressão pós-parto em puérperas. **Interação Psicologia, 17**(1), 47-57.

Andrade, R. D., Santos, J. S., Maia, M. A. C., & Mello, D. F. (2015). Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Escola Anna Nery, 19**(1), 181-186.

Andrade, L. H. S. G., Viana, M. C., & Silveira, C. M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica, 33**(2), 43-54.

Arrais, A. R., Cabral, D. S. R., & Martins, M. H. F. (2012). Grupo de pré-natal psicológico: avaliação de programa de intervenção junto a gestantes. **Encontro – Revista de Psicologia, 15**(22), 53-76.

Arrais, A. R., Mourão, M. A., & Fragalle, B. (2014). O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde e Sociedade, 23**(1), 251-264.

Azevedo, K. R., & Arrais, A. R. (2005). O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica, 19**(2), 269-276.

Bernardi, M. C., & Carraro, T. E. (2014). Vital power of postpartum women during nursing home care. **Texto & Contexto - Enfermagem, 23**(1), 142-150.

Bordignon, J. S., Lasta, L. D., Ferreira, E. M., & Weiller, T. H. (2011). Depressão puerperal: definição, sintomas e a importância do enfermeiro no diagnóstico precoce. **Revista Contexto & Saúde, 10**(20), 875-880.

Brito, C. N. O. (2013). **Gravidez não pretendida e sua associação com depressão pós-parto entre mulheres atendidas no pré-natal pela estratégia de saúde da família no Recife-PE**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação Integrado em Saúde Coletiva, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, Pernambuco.

Brum, E. H. M., & Shermann, L. (2006). O impacto da depressão materna nas interações iniciais. **Psico, 3**7(2), 151-158.

Carlesso, J. P. P., & Souza, A. P. R. (2011). Dialogia mãe-filho em contextos de depressão materna: revisão de literatura. **Revista CEFAC, 3**(6), 1119-1126.

Coelho, C. A. T. (2014). **Determinantes das alterações psicoemocionais do puerpério: efeitos da autoestima**. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu. Viseu, Portugal.

Cooper, P., Murray, L., & Halligan, S. (2010). Tratamento da depressão pós-parto. **Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância, 1**(1), 01-05.

Costa, E. S. (2012). **A abordagem do enfermeiro na atenção à puérpera em três municípios do Vale do Taquari – RS**. Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em enfermagem. Centro Universitário Univates. Lajeado, RS.

Costa, S. L., Vida, C. P. C., Gama, I. A., Locatelli, N. T., Karam, B. J., Ping, C. T., ... Bernardes, A. F. M. (2015). Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios para as políticas públicas. **Saúde e Sociedade, 24**(3), 1089-1102.

Cunha, A. B., Ricken, J. X., Lima, P., Gil, S., & Cyrino, L. A. R. (2012). A importância do acompanhamento psicológico durante a gestação em relação aos aspectos que podem prevenir a depressão pós-parto. **Revista Saúde e Pesquisa, 5**(3), 579-586.

Dias, L., O., & Coaracy, T. M. S. (2013). Produção científica com enfoque na depressão pós-parto: fatores de risco e suas repercussões.

Revista Interdisciplinar – Centro Universitário Uninovafapi, 6(4), 205-215.

Esteves, S. A. F. (2015). **Determinantes do ajustamento conjugal da puérpera: efeitos da autoestima**. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu. Viseu, Portugal.

Fernandes, F. C., & Cotrin, J. T. D. (2013). Depressão pós-parto e suas implicações no desenvolvimento infantil. **Revista Panorâmica On-Line, 14**(1), 15–34.

Ferreira, A. I. G., Soares, V., Nitschke, R. G., Tholl, A. D., Munõz, M. A. G. C., & Michelin, S. R. (2014). O quotidiano de gestantes: a enfermagem promovendo o ser saudável. **Texto Contexto em Enfermagem, 23**(4), 987-994.

Figueira, P. G., Diniz, L. M., & Silva Filho, H. C. (2011). Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 33**(2), 71-75.

Friedman, S. H., & Resnick, P. J. (2009). Postpartum depression: an update. **Women's Health, 5**(3), 287-295.

Guidolin, B. L., & Célia, S. A. H. (2011). Sintomas depressivos e de ansiedade em mães durante internação pediátrica em um hospital universitário. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 33**(2), 80-86.

Holanda, A. A. R., Gonçalves, A. K. S., & Maranhão, T. M. O. (2015). Características ultrassonográficas mamárias e índices hemodinâmicos das artérias mamárias internas durante a gravidez normal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 37**(9), 434-439.

Jager, M. E., & Bottoli, C. (2011). Paternidade: vivência do primeiro filho e mudanças familiares. **Psicologia: teoria e prática, 13**(1), 141-153.

Jones, R. (2010). Ginecologia e obstetrícia. Em C. Murta, R. Jones, & P. Valentim (Orgs.), **Gestação, parto e nascimento, puerpério** (pp. 11-32). Vitória: UFES.

Konradt, C. E., Silva. R. A., Jansen, K., Vianna, D. M., Quevedo, L. A., Souza, L. D. M., ... Pinheiro, R. T. (2011). Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 33**(2), 76-79.

Listijono, D. R., Mooney, S., & Chapman, M. (2014). A comparative analysis of postpartum maternal mental health in women following spontaneous or ART conception. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 35**(2), 51-54.

Lobato, G., Moraes, C. L., & Reichenheim, M. E. (2011). Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil, 11**(4), 369-379.

Magalhães, P. V. S., Pinheiro, R. T., Faria, A. D., Osório, C. M., & Silva, R. A. (2006). Questões críticas para o tratamento farmacológico da depressão pós-parto. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), 33**(5), 245-248.

Mazzo, M. H. S. N. (2013). **Elaboração e validação de instrumento para consulta de enfermagem à puérpera no âmbito da atenção básica**. Tese de Doutorado. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte.

Murta, C. (2010). Sentimentos - a tristeza e suas consequências para a saúde puerperal. Em C. Murta, R. Jones, & P. Valentim (Orgs.), **Gestação, parto e nascimento, puerpério** (pp. 130-139). Vitória: UFES.

Nogueira, A. T. (2006). O parto: encontro com o sagrado. **Texto & Contexto - Enfermagem, 15**(1), 122-130.

Pope, C. J., Sharma, V., & Mazmanian, D. (2014). Recognition, diagnosis and treatment of postpartum bipolar depression. **Expert Review of Neurotherapeutics, 14**(1), 19-28.

Räisänen, S., Lehto, S. M., Nielsen, H. S., Gissler, M., Kramer, M. R., & Heinonen, S. (2013). Fear of childbirth predicts postpartum depression: a population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland. **BMJ Open, 3**(11), 965-970.

Ronald, A., Pennell, C. E., & Whitehouse, A. J. O. (2011). Prenatal maternal stress associated with ADHD and autistic traits in early childhood. **Frontiers in Psychology, 1**(art. 223), 1-8.

Ruschi, G. E. C., Sun, S. Y., Mattar, R., Chambô-Filho, A., Zandonade, E., & Lima, V. J. (2007). Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 29**(3), 274-280.

Santos, A. K. O., & Caveião, C. (2014). A importância da assistência da enfermagem no puerpério para a redução da morbi-mortalidade materna. **Revista Saúde e Desenvolvimento, 6**(3), 08-24.

Schmidt, E., B., Piccoloto, N. M., & Müller, M. C. (2005). Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico-USF, 10**(1), 61-68.

Schwengber, D. D. S., & Piccinni, C. A. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estudos de Psicologia, 8**(3), 403-411.

Servilha, B., & Bussab, V. S. R. (2015). Interação mãe-criança e desenvolvimento da linguagem: a influência da depressão pós-parto. **Psico, 46**(1), 101-109.

Silva, M. R., & Piccinni, C. A. (2009). Paternidade no contexto da depressão pós-parto materna: revisando a literatura. **Estudos de Psicologia, 14**(1), 05-12.

Silva, C. A., & Davim, R. M. B. (2012). Mulher trabalhadora e fatores que interferem na amamentação: revisão integrativa. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, 13**(5), 1208-1217.

Sobreira, N. A. S., & Pessôa, C. G. O. (2012). Assistência de enfermagem na detecção da depressão pós-parto. **Revista Enfermagem Integrada, 5**(1), 905-918.

Tavares, G. L., Matão, M. E. L., Guimarães, E. E. R., & Montalvão, J. C. L. A. (2014). Eu e a depressão puerperal: um relato de experiência. **Estudos, 41**(2), 291-305.

Valença, C. N., & Germano, R. M. (2010). Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, 11**(2), 129-139.

Valentim, P. (2010). Fisioterapia – pós parto. Em C. Murta, R. Jones, & P. Valentim (Orgs.), **Gestação, parto e nascimento, puerpério** (pp. 62-65). Vitória: UFES.

Zambaldi, C. F., Cantilino, A., & Sougey, E. B. (2008). Sintomas obsessivo-compulsivos na depressão pós-parto: relatos de casos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 30**(2), 155-158.

Capítulo 6

Sexualidade na gravidez e no puerpério

Cynthia Perovano Camargo
Sérgio Werner Baumel
Nayara Oliveira Francisco

INTRODUÇÃO

A expressão da sexualidade é cercada de muitos tabus e quando associada à gestação e ao puerpério, a soma de representações sociais em torno da sexualidade feminina, a vinculação das figuras de mulher e mãe, junto a inibições, mitos e desconhecimento em torno do corpo grávido e da relação sexual nestes períodos, revela ainda mais censuras e limitações a respeito do tema. O sexo para muitos é pensado de maneira restrita à função procriativa e tanto as investigações acadêmicas quanto as ações e campanhas realizadas por órgãos da saúde,

são direcionadas principalmente à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez na adolescência. Nesse contexto a gestação seria, então, um período assexuado, visto que a relação sexual atingiu seu objetivo de reprodução. Trabalhar com a gestante e seu parceiro ou sua parceira é intervir na saúde e na qualidade de vida durante este período repleto de mudanças e expectativas para ambos, questionando crenças e preconceitos e ampliando a vivência da sexualidade.

Para tanto, o presente capítulo se propôs a unir discussões teóricas e vivências práticas, utilizando revisão de literatura a respeito da compreensão da sexualidade. Além disso, foram utilizados relatos de experiência e fragmentos de falas de gestantes, puérperas e profissionais da saúde dos setores de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), no bairro Maruípe em Vitória – ES. A atuação no hospital se dá por meio de vínculo institucional do estágio na modalidade de extensão do Programa Parthos – *Intervenções Terapêuticas Transdisciplinares em mulheres no período perinatal*, vinculado ao Departamento de Filosofia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

SEXUALIDADE

Embora seja reconhecidamente uma das áreas mais importantes no campo da saúde humana, a sexualidade é geralmente tratada de modo marginalizado nas práticas de atenção à saúde. Nas consultas médicas, nos atendimentos psicológicos, nas práticas de enfermagem, de fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e de todas as profissões envolvidas no cuidado à saúde, é raro aparecer este tema. E quando aparece, está quase sempre ligado a questões mais biológicas, como doenças sexualmente transmissíveis, prevenção da gestação ou tentativa de engravidar, ou ainda ao desenvolvimento esperado da gestação e do bebê. As ações de saúde sexual por órgãos da saúde, em pesquisas acadêmicas, e nas escolas e comunidades, demonstram não só restrição à prevenção de doenças e gravidez não planejada, mas revelam

ainda os impactos da compreensão limitada do conceito de sexualidade apenas como o ato sexual isolado. Pouco se fala das questões da sexualidade como busca de prazer e como expressão das emoções e sentimentos dentro do relacionamento do casal, e essa ausência se dá tanto por parte dos profissionais quanto de quem está sendo atendido.

Desde o final do século XIX Sigmund Freud já trazia a ideia das diferenças, para a nossa espécie, entre sexo e sexualidade, mostrando que a sexualidade humana transcende sua função reprodutiva, estando ligada principalmente ao prazer. Outros autores, como Eric Berne, discorrem sobre funções ainda mais diversas da sexualidade, sendo utilizada como instrumento de poder e de barganha. Os relacionamentos humanos são extremamente complexos e a sexualidade tem um papel importante demais dentre os múltiplos fatores envolvidos para receberem tão pouca atenção.

Para a Organização Mundial de Saúde, a sexualidade é definida como "um aspecto central do ser humano ao longo da vida que engloba sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos" (WHO, 2006, p.5). A maneira como cada indivíduo vivencia a sexualidade é única, e aspectos fisiológicos, psicológicos e relacionais interferem em sua resposta sexual.

Para falarmos de sexualidade, no entanto, precisamos entender a fisiologia - a função sexual - e os problemas que podem surgir não apenas a partir de alterações biológicas, mas também das mudanças psicológicas desse funcionamento. Cabe aqui, portanto, uma breve revisão dos modelos propostos sobre a resposta sexual humana.

MODELOS DE FUNÇÃO SEXUAL

Somente na segunda metade do século XX, com os estudos de Masters e Johnson (1966/2010), começamos a ter uma ideia mais precisa sobre a resposta sexual de homens e mulheres. A partir de seus

resultados, estes autores propuseram um modelo dividido em quatro fases: a excitação, o "plateau", o orgasmo e a resolução. Com base nesta primeira sistematização já se desenvolveram técnicas para terapia sexual, muitas delas ainda úteis e amplamente utilizadas.

Kaplan (1979) constatou que as técnicas da terapia sexual não obtinham resultados satisfatórios em um grupo expressivo de clientes, o que a levou a propor uma revisão do modelo de resposta sexual de Masters e Johnson, trazendo um modelo com apenas três fases, mas que incluía uma fase não incluída por aqueles autores: a fase do desejo sexual. Tendo influências da Psicanálise, Kaplan propõe que a resposta sexual começa necessariamente com o desejo, a partir do que se desenvolveria a excitação, que acabaria por levar, eventualmente, ao orgasmo.

Kaplan (1995) afirma que o desejo sexual tem origem nos centros hipotalâmicos e límbicos do cérebro, sendo regulado por um duplo mecanismo, que inclui um sistema de incitação e um de inibição, mediados por sistemas neurais separados e governados por neurotransmissores diferentes. A autora relaciona fatores incitadores tanto fisiológicos quanto psicológicos, da mesma maneira que existem fatores supressores também dos dois tipos.

Apesar da explicitação dos fatores psicológicos, para Baumel (2014), esse modelo, amplamente aceito, baseia-se principalmente numa visão predominantemente biológica da sexualidade, deixando os fatores psicológicos e sociais apenas numa posição acessória, mais relacionada ao desejo (e, ainda assim, apenas parcialmente) do que à sexualidade como um todo. Em que pese a afirmação de Kaplan (1979) de que a visão monística da resposta sexual, prevalente através da história até a segunda metade do século XX, prejudicou a abordagem mais eficaz para as dificuldades dessa área, essa visão contemporânea, biologizante e medicalizante, parece também não abranger de modo suficiente o sexo como uma totalidade, levando provavelmente a um índice de insucesso considerável nas abordagens terapêuticas, hoje muito centradas em medicações e tarefas comportamentais.

Mais recentemente, Basson (2001) propôs um novo modelo, especificamente para a resposta sexual feminina. Explicando o desejo sexual feminino de forma circular, conforme exposto por Fleury e Abdo (2009), este modelo leva em conta as influências não apenas dos estímulos sexuais, mas principalmente do contexto, acentuando a importância do relacionamento dentro da abordagem multifatorial do desejo e da função sexual.

GRAVIDEZ E PUERPÉRIO

Na gestação e no puerpério ocorrem diversas mudanças no corpo da mulher, bem como nas rotinas e vivências do casal. Essas mudanças podem modificar de modo impactante as percepções e reações psicológicas tanto da gestante/puérpera quanto de seu parceiro ou sua parceira. No início da gestação, por exemplo, é muito comum a presença de náuseas e mudanças no apetite e paladar. Associadas a mitos e superstições ainda muito comuns em nosso meio (como o de que os "desejos" alimentares da gestante devem ser sempre atendidos, sob pena de se desenvolverem "defeitos" no concepto), toda a dinâmica do casal pode se transformar, tanto para pior quanto para melhor. Se, por um lado, as "perversões do apetite" podem ser utilizadas como instrumento de dominação, gerando mágoas e ressentimentos, por outro lado podem estimular interações positivas, aumentando a intimidade e a cumplicidade entre o casal.

À medida que a gestação vai avançando, vai se tornando mais evidente a presença do "terceiro elemento" do relacionamento, o concepto. Dependendo das dinâmicas de cada casal, esse elemento pode aumentar a cumplicidade e intimidade ou funcionar como barreira que afasta a gestante e seu parceiro ou parceira. Numa gestação planejada e muito desejada, os sinais mais concretos da presença do filho no ventre tendem a aumentar a satisfação com o cônjuge, estimulando sentimentos de felicidade e gratidão e, assim, fortalecendo os laços do relacionamento conjugal. Em outra situação comum, em que a gestação é uma

tentativa de resolução dos problemas do relacionamento, pode haver uma tendência a considerar o bebê como um "intruso", não apenas após o parto, mas desde a percepção de sua presença ainda no útero materno.

No puerpério os desafios se multiplicam, e o casal se vê diante de fatores antes impensados, em especial no caso de uma primeira gestação. O recém-nascido tem absoluta dependência dos cuidados parentais, o que demanda tempo e atenção focalizada, retirando do casal tempo de sono e de autocuidado. É comum se ouvir de puérperas, por exemplo, que "quando o bebê dorme um pouco, eu não sei se como alguma coisa, vou ao banheiro ou tiro um cochilo"! O ciclo de sono e vigília do casal se transforma, pela imposição da fisiologia do recém-nascido. A presença deste também pode trazer à tona crenças, mitos e dúvidas em relação à sexualidade. Um exemplo é a questão de onde o bebê deve dormir, se pode ficar no quarto do casal, se pode ficar na cama do casal, e quando sobra tempo para as relações sexuais. Questão polêmica, com defensores ferrenhos de cada posição, pode ser motivo de discórdia e insatisfação com o parceiro ou parceira.

DESEJO SEXUAL NA GESTAÇÃO E NO PUERPÉRIO

Existem muitas variações individuais em relação ao desejo sexual, tanto ao longo da gestação quanto no período puerperal. Entre o grupo de mulheres estudado por Masters e Johnson (1966/2010), o desejo e a atividade sexual das primigestas (aquelas que estavam em sua primeira gestação) tiveram uma tendência a serem bastante diminuídos no primeiro trimestre, enquanto que as que já haviam tido filhos não perceberam muita diferença nesses aspectos. No segundo trimestre a tendência foi de um aumento geral do eroticismo e do desempenho sexual, independente da paridade ou da idade da gestante, enquanto que no último trimestre a atividade sexual tendeu a diminuir consideravelmente, em grande parte por recomendação médica, mas também associado a mudanças no corpo e uma diminuição no interesse pela sexualidade neste período.

Os estudos mais recentes mostram, no entanto, que a função sexual se deteriora, como regra geral, ao longo da gestação (Yeniel & Petri, 2014), ocorrendo redução em todos os domínios da função sexual feminina (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor), principalmente nos domínios do desejo, da excitação e da satisfação (Monteiro et al, 2016). Já Prado, Lima e Lima (2013) ressaltam o menor prejuízo do domínio da satisfação, em relação aos do desejo e da excitação, apontando para a importância de fatores como o carinho, o afeto e a proximidade com o parceiro ou parceira para a satisfação sexual feminina, lembrando-nos de que a gestante geralmente apresenta uma maior labilidade emocional, ficando mais ávida por carinho, apoio e compreensão.

A escuta de mulheres gestantes em diferentes fases gestacionais, tipos de relacionamento e histórias de vida apresenta-se enquanto uma das vias cruciais de acesso a elementos como: a relação com o próprio corpo, vivência da sexualidade, mudanças hormonais, pudores, tabus e inibições, e seus reflexos na percepção da mulher e de seu parceiro(a) a respeito do corpo grávido e da relação sexual durante a gravidez e puerpério. Muitas das mulheres ouvidas relatam níveis consideráveis de desconhecimento da composição e funcionamento do aparelho reprodutor feminino, além da recorrente presença de pudores e inibições presentes em falar sobre o assunto, bem como em comunicar ao parceiro (a) queixas, desprazeres ou desejos em relação ao ato sexual nestes períodos.

Alguns dos elementos mais recorrentes em relatos de gestantes e puérperas no âmbito da experiência sexual são os medos, tabus e o aparecimento de sensações como asco, nojo, estranhamento e frigidez direcionadas ao parceiro (a), junto a instabilidade na relação sexual como é possível perceber no relato da Gestante1: "Eu me sinto feia quando estou grávida e meu desejo pelo meu marido diminui. Eu tô estranha com ele, tudo que ele faz me irrita. Não tenho vontade de fazer sexo com ele e às vezes tenho medo de machucar o bebê. É estranho pensar em sexo com um bebê aqui dentro, entende?!".

Em contrapartida, algumas mulheres relatam aumento do desejo sexual e do prazer na relação sexual durante o período gestacional, como ilustrado na fala da Gestante2: "Menina, o meu desejo aumenta na gravidez, isso é normal? Parece que o negócio fica mais gostoso nessa fase. Mas não é toda posição que dá pra fazer, algumas incomodam por causa da barriga e a gente tem medo de machucar o bebê, mas acho que não machuca". Mesmo as gestantes que relatam aumento libidinal durante a gestação, por vezes revelam processos de adaptação do sexo diante de mudanças e limitações corporais, além dos medos recorrentes de machucar o bebê. Às vezes, a simples presença do bebê na barriga é o suficiente para aumentar inibições e pudores ao redor do sexo na gestação: "Mas como eu vou fazer sexo com o bebê vendo tudo? Tadinho! Parece que ele fica olhando tudo aqui de dentro, como se ele soubesse o que os pais dele estão fazendo. Seria estranho, não consigo pensar nisso", diz a Gestante3.

No período puerperal, no grupo estudado por Masters e Johnson (1966/2010), houve desde o desejo praticamente ausente até um aumento do desejo sexual, quando comparado ao período anterior ao da gestação. Interessantemente, neste último grupo estavam as mulheres que estavam amamentando, apesar de algumas sentirem-se culpadas por estarem se sentindo excitadas pelo ato da amamentação. Estudos mais recentes, como o de Rowland, Foxcroft, Hopman e Patel (2005), mostram resultados opostos, encontrando a amamentação como o fator mais significativo para retardar o reinício da atividade sexual após o parto. Essa aparente incongruência pode estar relacionada a mudanças socioculturais relacionadas à amamentação, como a prática comum, na época da realização dos estudos de Masters e Johnson, de evitar a amamentação inibindo a produção do leite materno, seja através de controle hormonal, seja mecanicamente constringindo as mamas.

As inúmeras mudanças psicológicas, corporais, hormonais, fisiológicas e emocionais, juntamente a fatores externos como a reorganização familiar, alterações financeiras, mudanças na rotina, conflitos e

impactos na dinâmica de relacionamento entre casais, apresentam-se enquanto potenciais estressores para a mulher gestante e puérpera. O aumento da preocupação, falha na comunicação com os pares, frustrações, ansiedade e questões pessoais e psicológicas em torno do sexo, podem contribuir para o desenvolvimento ou aumento do vaginismo – complexo sexual que provoca espasmos vaginais involuntários, constringindo a parede do canal vaginal, causando dor, incômodos e dificuldades na relação sexual e impossibilitando a penetração. Nesses casos é imprescindível ajuda médica ginecológica e recomendado acompanhamento psicológico caso seja necessário.

Diversos órgãos públicos da saúde disponibilizam em seus materiais informações sobre indicações e contraindicações da relação sexual durante gravidez e puerpério, além da descrição de mudanças no desejo sexual durante estes períodos. O acesso a matérias como estes podem auxiliar no entendimento do assunto e contribuir para a diminuição de dúvidas, inibições e medos em torno da atividade sexual na gestação e puerpério: "não há razão científica para contraindicar a atividade sexual na gestação. No entanto, deve-se orientar abstinência sexual nos casos de amniorrexe prematura, trabalho de parto prematuro e síndromes hemorrágicas" (Calife, Lago, & Lavras, 2010).

Embora se possa verificar uma tendência geral, as experiências individuais continuam apresentando variações muito importantes, tanto durante a gestação quanto no puerpério. Estudemos, então, mais detalhadamente os fatores que podem estar em jogo, tanto para estimular quanto para inibir o desejo sexual, seguindo inicialmente o modelo de duplo controle proposto por Kaplan (1995).

SUPRESSORES FISIOLÓGICOS

Durante a gestação, são evidentes alguns supressores fisiológicos do desejo sexual. Já no primeiro trimestre as náuseas, a sonolência e a sensação de fadiga são muito comuns, levando a uma indisposição geral que tende a reduzir o interesse pelo sexo. O rápido aumento do

volume das mamas, às vezes de forma dolorosa, pode também inibir a procura por atividade sexual.

As mudanças que ocorrem no corpo da gestante, progressivamente, até o final da gestação, também podem influenciar na expressão da sexualidade, dificultando em especial algumas posições sexuais que ocasionam maior compressão abdominal ou exigem maior esforço físico nos membros inferiores das gestantes (Rocha et al, 2014). A sonolência e a fadiga se tornam mais acentuadas no último trimestre, assim como as sensações de plenitude abdominal, tensão na região pélvica e as dores nas costas, gerando desconforto físico e diminuição do desejo sexual.

Alguns dos hormônios envolvidos na gestação e no puerpério, especialmente a progesterona e a prolactina, são apontados como redutores da libido feminina. Durante o puerpério, a ação hormonal reduz a lubrificação vaginal, o que pode acarretar dor à penetração. A sensibilidade das mamas e a ejeção do leite materno, além da alta possibilidade de dor no ato sexual, associados ao cansaço físico e mental decorrente das demandas do bebê interferem diretamente na vida sexual do casal.

SUPRESSORES PSICOLÓGICOS

A recepção da notícia de que se está grávida é acompanhada de todas as expectativas construídas a esse respeito ao longo da vida. O que é ser mãe/pai, será que eu saberei sê-lo, como será o meu bebê, o que esperar da gestação e da maternidade/paternidade. As brincadeiras de criança, as histórias ouvidas de outras gerações, a experiência dos amigos e familiares, crenças e valores, tudo contribui na construção dessa expectativa.

O primeiro trimestre é marcado pela preocupação com a viabilidade da gestação e o desenvolvimento do feto, temendo por um aborto. As alterações comportamentais e alimentares são introduzidas na vida da gestante, que inicia a adaptação ao papel materno, embora muitas não anunciem nesse período o resultado positivo.

As mudanças corporais naturais desse período podem acarretar numa redução da autoestima desta mulher. Essa percepção corporal negativa ('estou gorda') pode ser ampliada com pensamentos recorrentes sobre a necessidade do retorno do peso no pós-gravidez, de monitoramento da elasticidade da pele, associada ao controle do peso corporal pelo obstetra e da cobrança estética do parceiro ou parceira. Notam-se variações do desejo do casal com as variações no corpo, especialmente o crescimento da barriga.

Com o desenvolvimento da gestação, muitos casais relatam uma redução da atividade sexual por medo de machucar o feto, pela possibilidade do bebê presenciar os pais fazendo sexo, ou ainda pelos possíveis efeitos negativos da relação sexual no bem-estar da criança. O aumento da ansiedade e apreensão diante do parto também pode contribuir com essa redução. Há o receio de que o sexo possa de alguma maneira ferir a mulher, ou que o orgasmo venha a antecipar o trabalho de parto.

Alguns casais abandonam completamente a vida sexual durante a gestação. A mulher como "mãe" é assexualizada, pois já cumpriu sua função feminina de procriação, e santificada, por "carregar o milagre da vida".

O puerpério é uma fase de intensa adaptação familiar a uma nova rotina. A demanda constante do bebê aumenta o desgaste dos pais e do casal, e reduz os espaços de privacidade e de intimidade necessários ao retorno da vida sexual. A criança nesse período é prioridade, e a relação fica em segundo plano.

Para muitos casais a presença do leite materno pode ser um redutor do desejo sexual. A preocupação com uma nova gestação e as estratégias para prevenção podem interferir na vida sexual.

É preciso auxiliar os pais na aquisição de informações confiáveis sobre as mudanças físicas e psicológicas esperadas na gestação e puerpério, e a repercussão na função sexual. Oferecer um espaço de escuta, para que suas dúvidas e desconfortos possam ser acolhidos, e os mitos, crenças e medos relacionados à sexualidade na gravidez

que possam estar trazendo sofrimento ser flexibilizados. Ajustes serão feitos para acolher os papeis de mãe e pai idealizados e os pais possíveis. Além disso, os envolvidos precisam ser apoiados para que direcionem parte de suas energias para si mesmos (e não somente para os cuidados com o bebê) e para a relação do casal.

INCITADORES FISIOLÓGICOS

O segundo trimestre é o período da gestação em que muitos relatam um aumento da frequência sexual, do interesse sexual e conforto nas expectativas para satisfazer as necessidades sexuais. Isso pode ser explicado em virtude de um aumento do fluxo sanguíneo genital e da lubrificação sexual, o que confere a mulher uma maior capacidade orgásmica. Muitas mulheres experimentam o seu primeiro orgasmo durante a gravidez.

INCITADORES PSICOLÓGICOS

Muitas mulheres relatam que a gestação foi o período da vida em que se sentiram mais "plenas". A realização do desejo de ser mãe, o preparo do ambiente para recepção do bebê, a interação social cercada de cuidados, o apoio da família e amigos e uma parceria participativa podem contribuir com essa sensação de plenitude e bem-estar.

Especialmente no segundo trimestre é relatada uma maior autoconfiança e aceitação da gravidez, além de melhora do humor e sintomas físicos menores. Esse contexto promove um aumento da atividade sexual.

A gestante, ao experimentar transformações físicas e emocionais, procura escolher melhores maneiras de vivenciar esse período, buscando caminhos para adaptar-se. Nessa busca, sua parceria pode contribuir para que essa experiência seja positiva, e que a vida sexual seja mais prazerosa. O casal pode, por exemplo, utilizar-se de adaptações das posições sexuais ao longo da gestação em busca de maior conforto e satisfação para ambos.

Sexo é indicado durante toda a gravidez. Não há prejuízos para a mulher nem para o bebê, além de aumentar a conexão de afetividade do casal, a autoestima feminina, e promover bem-estar e relaxamento. Só é contraindicado em alguns casos específicos, em que a contração uterina decorrente do orgasmo possa causar algum problema à gestação.

É importante também ampliar a noção de sexualidade para além da penetração. Práticas sexuais variantes precisam ser fortalecidas e estimuladas nesse período, para satisfação pessoal e fortalecimento do vínculo do casal. Cafuné, beijo, abraço, carinho, massagem, passar tempo juntos, masturbação, sexo oral – estímulos afetivos e eróticos, que promovem prazer e suporte emocional.

DINÂMICA DO CASAL/RELACIONAMENTO

A gravidez e o período puerperal são momentos singulares e de inúmeros sentimentos entre o casal, sobretudo as mulheres, devido aos efeitos das mudanças psicológicas, hormonais e corporais. Portanto, muitas vezes estes períodos trazem à tona antigos conflitos, exacerbam desentendimentos atuais ou geram novos conflitos de humor, sentimentos e tratamento, no relacionamento e na dinâmica entre casais que se preparam para serem pais. É muito comum escutar relatos de mulheres que no atendimento psicológico individual e/ou em Rodas de Gestantes, apontam brigas, desavenças e dificuldades no diálogo com o(a) parceiro(a) e contam como a gestação e o puerpério por vezes contribui para esses conflitos, como nas falas das Gestantes 4 e 5: "A gente começou a brigar mais ainda depois que eu engravidei. Ele só quer saber de sair, não me ajuda em nada. Achei que depois do filho ele ia mudar. Eu fico muito estressada e sinto que a nossa relação está desgastando"; "Toda vez que eu engravido eu me separo, meu filho me dá coragem para largar logo o cara que me faz mal".

Muitas mulheres relatam que diante de um relacionamento que já vinha apresentando conflitos, durante a gestação sofrem um

aumento no estresse e muitos casais se distanciam para preservar a saúde da mulher e do bebê, principalmente em casos de gestações de alto risco, vinculadas a recorrentes internações e por vezes ao aumento da pressão arterial que pode causar sérias complicações para mãe e bebê: "Eu já falei pra ele não me ligar mais porque tá me deixando muito nervosa e eu não posso ficar nervosa se não a pressão aumenta. Disse que quando o bebê nascer a gente decide se continuamos juntos ou não", conta a Gestante6.

Durante as Rodas de Gestantes sobre sexualidade, a discussão a respeito do tema propõe sua compreensão para além do ato sexual isolado, mas da dinâmica de relacionamento entre o casal, troca de carícias, palavras e demonstrações de afeto, amor, desejo e a sustentação do romance: "Eu já falei pra ele, 'não adianta vir me beijar se não colocou o lixo pra fora'. Tem dia que ele não me manda nem uma mensagem, quando chega não pergunta como foi o meu dia, sabe?! É isso que faz a gente sentir vontade. Não adianta só chegar lá na hora e fazer", revela a Gestante7.

PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Um dos elementos cruciais para a disseminação de informação e acolhimento de dúvidas e receios é a capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde, contribuindo para a dissolução de mitos e tabus em torno da sexualidade e do ato sexual durante gestação e puerpério. São os diversos profissionais de áreas da saúde como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, doulas, psicólogos/as e demais profissionais envolvidos, que têm acesso a essas mulheres no período do pré-natal, passando pelo acompanhamento da gravidez, até o período puerperal, nas Unidades Básicas de Saúde, ambulatórios e enfermarias dos Hospitais.

A maioria das profissionais da saúde não apresenta repertório para a abordagem desta temática ou ainda se mostram sensíveis a

percepção de questões e conflitos sobre a sexualidade nessas mulheres. Mesmo a medicina ainda sendo uma área fortemente composta por homens, a maior parte das profissionais da saúde são mulheres. Mulheres que atendem outras mulheres e que por vezes acabam reproduzindo discursos morais em torno da figura da gestante, perpetuando incompreensão e desatenção a respeito da saúde sexual de gestantes e puérperas e desconsiderando saber e conhecimento da mulher sobre seu próprio corpo e direitos.

A condição de mulher das profissionais da saúde, nem sempre é sinônimo de fator de sensibilidade ao tema e tratamento mais humano das usuárias. Lidar com questões de gestantes e puérperas em relação à sexualidade e ao sexo nestes períodos evidencia limitações pessoais e morais das profissionais em lidar com o assunto. Em Rodas de Sexualidade para profissionais da saúde, todas as participantes eram mulheres e apresentaram bloqueios, receios e pensamentos morais em torno da relação com o próprio corpo, vivência da sexualidade e compreensão das pacientes. Conseguir falar e ouvir as colegas de trabalho, pode auxiliar para uma melhor compreensão de sua própria sexualidade e consequentemente de mais atenção e sensibilidade às gestantes e puérperas atendidas por esses setores, além de proporcionar cuidado para quem cuida: "Às vezes eu não entendo as nossas pacientes. Mas, agora que falei dos meus medos e ouvi todo mundo falando, acho que vou entender melhor quando uma paciente tiver questões com a sexualidade dela" (Enfermeira1).

Neste sentido, sugerimos a seguir uma proposta de roteiro de atendimento, com possíveis tópicos a serem abordados.

SUGESTÃO DE ROTEIRO PARA ATENDIMENTO

- Verificação da Saúde sexual na Primeira consulta: Idade de início da atividade sexual; Intercorrências como dor e desconforto; Desejo e prazer sexual; Práticas sexuais; Medidas de proteção para DST'S (Ministério da Saúde, 2016).

Abordar a possibilidade de mudanças no desejo e na disposição sexual devido a fatores psicoafetivos, biológicos, conjugais e culturais durante a gravidez (Ministério da Saúde, 2016).

Se a mulher desejar, as relações sexuais até o momento do parto podem facilitar o nascimento do bebê (Ministério da Saúde, 2016).

A sugestão de exercícios que trabalhem a musculatura do períneo pode contribuir para a elasticidade e fortalecimento do assoalho pélvico auxiliando na atividade sexual e no trabalho de parto.

O puerpério é um período que requer aumento da percepção corporal e o cuidado da mulher é fundamental para a saúde materna e neonatal. Esta fase comporta mudanças anatômicas e fisiológicas no organismo da mulher e questões de ordem psicossocial relacionadas à maternidade, à sexualidade, à autoestima, à reorganização da vida pessoal e familiar, podem influenciar direta e indiretamente na dinâmica do casal e na saúde sexual da mulher (Ministério da Saúde, 2016).

Contraindicações: presença de placenta prévia e alto risco de prematuridade, sendo as medidas de proteção contra IST indicadas para todas as gestantes e casais. Evitar a atividade sexual na presença de sangramento ou perda de líquido (Ministério da Saúde, 2016).

Em caso de percepção e relato de vaginismo, estresse excessivo e frustrações na relação sexual, baixa autoestima relacionada a mudanças corporais ou qualquer sofrimento em torno ou não da sexualidade na gestação e puerpério, recomenda-se o encaminhamento para um profissional de psicologia e demais profissionais da saúde de áreas que podem contribuir positivamente para o bem-estar de mulheres e seus pares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento de teorias e experiências práticas em torno das vivências da sexualidade feminina, os resquícios de crenças sociais, tabus e mitos em torno da mulher que engravida bem como, mudanças hormonais, corporais e psicológicas e seus impactos na vida sexual

de gestantes e puérperas e de seus pares, contribui para a disseminação de informação, ampliando possibilidades de acolhimento, propiciando a estimulação da fala e o diálogo entre mulheres, casais e profissionais da saúde.

A abordagem da saúde sexual da gestante não só deve destacar problemas e dificuldades potenciais, mas também a oportunidade de melhorar a autoestima e as relações interpessoais. As gestantes devem ser encorajadas a terem uma conversa aberta e honesta com seus parceiros(as) sobre suas necessidades sexuais, expectativas e obstáculos, a fim de aumentar a satisfação e bem-estar das usuárias dos serviços de saúde e em contato com profissionais de psicologia.

Quanto mais forem percebidos os desdobramentos de uma má e limitada educação sexual, mais se fará necessária a ampliação do conceito sexualidade. Para dar conta dos múltiplos afetos e efeitos das relações amorosas e sexuais nos humanos, é preciso expandir a compreensão de sexualidade para além do ato sexual isolado, considerando a relação com o próprio corpo, a percepção de si e do outro, papéis e regras sociais somados a reforços culturais, além da compreensão e vivência de sexo e sexualidade na história de vida de cada indivíduo.

A aposta passa a ser por ações de saúde mais integralizadas, eficazes e dispostas a colaborar com a sensibilização de todas e todos, incluindo principalmente as mulheres, gestantes e puérperas, incentivando a presença de diálogo entre casais e contribuindo com a formação de espaços de escuta, fala e troca, caminhando para além de ações preventivas e apenas de instrução, mas propostas de uma vivência plena da sexualidade e do sexo com saúde.

REFERÊNCIAS

Basson, R. (2001). Human Sex-Response Cycles. **Journal of Sex & Marital Therapy, 2**7:33-43.

Baumel, S. W. (2014). **Investigando o papel da masturbação na sexualidade da mulher**. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo).

Berne, E. (1988). **Sexo e Amor**. Rio de Janeiro: José Olympio.

Calife, K., Lago, T., & Lavras, C. (Org.). (2010). **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré natal e puerpério**. São Paulo: SES/SP.

Fleury, H. J., & Abdo, C. H. N. (2009). Desejo Sexual Feminino. **Diagnóstico e Tratamento, 14**(1), 47 – 51.

Freud S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. (edição eletrônica - 1 CD). Rio de Janeiro: Imago.

Kaplan, H. S. (1979). **Disorders of Sexual Desire and Other New Concepts and Techiques in Sex Therapy**. New York: Simon and Schuster.

Kaplan, H. S. (1995). **The Sexual Desire Disorders: Dysfunctional Regulation of Sexual Motivation**. Bristol, PA: Brunner/Mazel.

Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966/2010). **Human Sexual Response**. New York: Ishi Press International.

Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf

Monteiro, M. N., Lucena, E. E. S., Cabral, P. U., Queiroz Filho, J., Queiroz, J., & Gonçalves, A. K. (2016). Prevalence of Sexual Dysfunction among Expectant Women. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 38**(11), 559-563.

Prado, D. S., Lima, R. V., & Lima, L. M. M. R. (2013). Impacto da gestação na função sexual feminina. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 35**(5), 205-209.

Rocha, M. G. F., Vieira, J. L. B., Nascimento, E. G. C., & Alchiere, J. C. (2014). Viver a Sexualidade Feminina no Ciclo Gravídico. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 18**(3). 209-218.

Rowland, M., Foxcroft, L., Hopman, W. M., & Patel, R. (2005). Breastfeeding and sexuality immediately post-partum. **Canadian Family Physician, 51**(10), 1367.

World Health Organization. (2006) **Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health**. Disponível em: who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf

Yeniel, A.O. & Petri, E. (2014). Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. **International Urogynecology Journal 25**(5), 05-14.

Capítulo 7

Violência obstétrica: definição, fatores históricos e caminhos alternativos

Camila Nogueira Bonfim Duarte
Taísa Candido de Batista
Fernanda Pontual Perim
Isadora Lee Padilha Ferri

O QUE É? COMO IDENTIFICAR? POR QUE ACONTECE?

A violência obstétrica é, basicamente, toda violência sofrida por uma mulher grávida, desde o início da gestação, até o parto e nascimento do bebê. Ou seja, tudo o que é feito e dito que faça com que a mulher tenha seu direito de escolha roubado, seu corpo violado ou que a faça sentir violentada.

De acordo com o médico obstetra venezuelano D'Gregorio, a violência obstétrica, caracterizada na Venezuela por uma lei, pode ser definida como a apropriação dos processos corporais e reprodutivos das mulheres - através de atos ou omissões na assistência prestada por profissionais de saúde. Tal apropriação pode ser expressada como tratamento desumano, abuso de medicalização e ao tornar os processos naturais em patológicos, causando às mulheres perda de autonomia e habilidade de decidir livremente sobre seus próprios corpos e sexualidade, o que impacta negativamente a qualidade de vida (D'Gregorio, 2010; K. J. Souza, 2014).

É possível observar dois tipos de violências: a óbvia e a invisível. A primeira é aquela que salta aos olhos e dá revolta aos que estão à volta, enquanto a violência invisível é aquela que está naturalizada, que acontece no dia a dia, que só é possível de compreender como afeta a mulher ao observar atentamente e conversar a fundo com ela.

Dias(2002), em sua dissertação de mestrado, relata inúmeras formas de violência exercida por profissionais de enfermagem no seu processo de cuidar, dentre elas o que a pesquisadora denomina de "des"cuidado, ou seja, aquilo que não se veio buscar ou a violência silenciosa ou do não compromisso. "Des"cuidado, portanto, foi um termo utilizado por Dias para abordar a violência visível e invisível no cuidado institucionalizado à saúde – a violência institucional.

Primeiramente, no entanto, é importante entender que o parto em hospital com acompanhamento de médicos é bastante recente, tendo começado a ocorrer no início do século XX. Antes disso o parto acontecia em ambiente domiciliar, geralmente com parteiras. A partir do desenvolvimento e incorporação de novas técnicas e tecnologias, criadas para melhorar os índices de mortalidade ligados ao parto, "a assistência ao parto ganhou outro endereço: o hospital. Com apropriação desse evento pela medicina, o controle dos processos fisiológicos começou a ser mais enfatizado do que as necessidades das mães e de seus filhos" (Cardoso, 2015, p. 16).

E, mesmo apesar de recente, foi tempo suficiente para naturalizar essa mudança, colocando nos profissionais técnicos de assistência, comumente os médicos, o protagonismo do parto. Um exemplo disso é a expressão tão comum de que "o médico fez o parto", ao invés de designar o parto a quem o faz de fato, ou seja, a mulher. Com o tempo, as intervenções criadas pelos médicos e pesquisadores para auxiliar nos partos, revertendo situações que antes teriam desfechos negativos, passaram a ser feitas de uma forma que deixou de ser benéfica, aplicadas demasiadamente e tornando-se procedimentos de rotina (Odent, 2003).

Sobre o início da aplicação rotineira desses procedimentos, cabe citar a recomendação trazida no livro do professor norte-americano de obstetrícia Joseph DeLee, em 1920, de que o fórceps e a episiotomia fossem realizados em todos os partos, além da pontuação de que "o 'parto é um processo patológico'" (Odent, 2003, p. 45). Ademais, houve também a campanha pelo "sono do crepúsculo", uma técnica que consistia em aplicar morfina na mulher durante a primeira fase do trabalho de parto, e depois usar éter e clorofórmio, fazendo com que, dessa forma, as mulheres ficassem mais controláveis, tornando os partos previsivelmente similares, assim como em uma linha de montagem (Odent, 2003).

Assim, modificações no cenário do parto passaram a ser realizadas para melhorar a experiência de parto das mulheres, a partir da perspectiva da época, e favorecer o trabalho dos médicos. Salgado (2012) exemplifica alguns desses procedimentos que passaram a ser utilizados como rotina no processo do nascimento:

- A indução ou aceleração do parto com ocitocina sintética (hormônio que estimula as contrações, porém o uso indiscriminado costuma fazer ultrapassar o limite de suportabilidade da dor");
- A episiotomia (corte no períneo – região onde se situam os órgãos genitais e o ânus, é um grupo muscular que constitui a base da pelve e sustenta os órgãos pélvicos, como bexiga, útero, reto, uretra);

- O uso de fórceps (instrumento que auxilia o nascimento do bebê) em mulheres desde o primeiro parto;
- Rompimento artificial das membranas (romper a "bolsa" de forma artificial, manualmente ou com instrumento específico);
- Descolamento manual das membranas;
- Redução manual do colo do útero;
- Manobra de Kristeller (pressão aplicada no fundo do útero para apressar o nascimento, em geral com alguém se debruçando por cima da mulher).

Alguns desses procedimentos já são considerados desnecessários, pela medicina baseada em evidências (MBE), e outros nocivos quando feitos indiscriminadamente. Inclusive, quando são utilizados sem clara indicação médica, muitos desses procedimentos são classificados como violência obstétrica; no entanto, continuam a fazer parte do protocolo de atendimento ao parto normal de vários hospitais.

Além disso, esse "combo" de intervenções ocorre com a parturiente imobilizada em posições desconfortáveis (posição de litotomia, que é a posição deitada, não recomendada pela OMS, pois apresenta mais dor, esforço e riscos à gestante. Ver Souza & Valente, 2016), "sem privacidade, geralmente sem acompanhante e submetida a instruções potencialmente prejudiciais de puxo dirigido ("faça força"), não raro ameaçada de resultados adversos caso não obedeça" (Salgado, 2012, p. 28). A lei nº 11.108 (2005) garante a presença de um acompanhante de livre escolha da parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, porém, este direito ainda não é cumprido por muitas instituições e profissionais. A presença de um acompanhante poderia contribuir para inibir ou evitar situações de violência.

E da rotina intervencionista nos partos vaginais, logo os profissionais de assistência técnica ao nascimento viram que o parto seria ainda mais controlado, rápido e organizado se fosse feito antes de o trabalho de parto iniciar, com induções ou em uma sala de cirurgia,

a famosa cesariana. As cesarianas passaram a ser utilizadas dos casos de emergência aos casos mais complicados, depois com qualquer pequena alteração, e hoje temos o panorama de cesáreas sendo feitas em mães e bebês saudáveis.

Apesar da indicação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de que as cesarianas não ultrapassem 15% dos nascimentos e sejam realizadas somente nos casos realmente necessários (OMS & HRP, 2015), a realidade no Brasil é bem diferente. A pesquisa Nascer no Brasil (Leal, Torres et al., 2014), evidenciou que em 2011-2012 52% dos nascimentos foram por meio de cesarianas, sendo que, no setor privado este número sobe para 88%. Nascimentos rápidos, agendados antes de qualquer sinal de trabalho de parto, sem agenda médica desmarcada por nascimento inesperado, sem surpresa para a família. Isso foi naturalizado, considerado o caminho normal por muito tempo, até que, ultimamente, tem se voltado a questionar todo esse processo.

É possível perceber, então, que a maior parte das violências é por consequência da pressa em adiantar o processo do parto ao máximo. E então surge a pergunta: para que tanta pressa? Talvez alguém possa responder que é por que dói muito, então não querem que a mulher sofra por tanto tempo. Mas, dessa forma, o que se faz é estabelecer regras para que um processo natural ocorra no tempo de uma instituição e não no tempo do corpo da mulher e do bebê. Essa pressão para parir em condições pré-determinadas, em posição pré-determinada e sem qualquer liberdade, pode gerar dores além das do parto, mas também por todo o cenário em que a mulher está forçosamente inserida.

Quando a violência é inerente ao parto e se considera normal que durante um processo tão íntimo quanto esse haja pessoas entrando e saindo, muitos profissionais diferentes realizando exames invasivos, posições proibidas e cortes não autorizados, não é de se assustar que alguém prefira passar por uma anestesia e uma cirurgia para não ter que viver nada disso. Então, quando se diz que as mulheres preferem as cesarianas ao parto normal deve-se questionar quão normal é a outra opção de parto a que elas se referem. O que é observado é um parto desumano,

dolorido, forçado e controlado, dificultando ou mesmo impossibilitando uma série de aspectos imprescindíveis para um bom parto – a intimidade, a interiorização, o carinho, o afeto e a ocitocina (Odent, 2003).

A ocitocina é o hormônio que a mulher produz durante o trabalho de parto, que gera as contrações e pare o bebê (Salgado, 2012). A adrenalina, por sua vez, age tornando mais eficaz a atividade de expulsão do feto, já no final do trabalho de parto (Zveiter, 2005). Para que cada um destes hormônios seja secretado na quantidade certa e nos momentos adequados, é necessário que diminua a atividade neocortical. No entanto, a quantidade excessiva de estímulos sensoriais (iluminação, movimentação de pessoas, toque vaginal, etc.) típica do ambiente hospitalar provoca uma intensificação na atividade neocortical, o que inibe a liberação de ocitocina (Odent, 2000). Além disso, o medo e a insegurança decorrentes dos procedimentos provocam a secreção de altas doses de adrenalina muito antes do final do trabalho de parto (Zveiter, 2005). O ambiente e os procedimentos hospitalares aplicados ao nascimento acabam causando o extremo oposto da introspecção e relaxamento necessários para a produção de ocitocina e consequente evolução do parto.

Quando o parto evolui no tempo do corpo da mulher, com a produção generosa de ocitocina, as contrações tomam um ritmo inteligente e natural, no qual a mulher tem tempos de esforço e dor e tempos de relaxamento e sono. No entanto, esse padrão não consegue ser simulado pela ocitocina sintética, e então a mulher tem apenas os tempos de esforço e dor. Com esse processo sintético e sem descanso, a mulher sem forças tem ainda mais dificuldade de aguentar contração por contração e, além disso, o próprio bebê não tem tempo de descanso. Esse conjunto de coisas pode fazer com que a cesariana pareça um paraíso.

POR QUE ISSO ACONTECE?

A violência obstétrica é claramente um problema. Mas, analisando de forma mais profunda, percebe-se que ela é mais *um sintoma do*

que a doença em si. De certa forma, ela atrapalha a enxergar uma realidade mundial com relação ao parto: que o real problema do parto que abrange toda a sociedade patriarcal, ainda atual no mundo ocidental, é a des-feminização, desnaturalização e a consequente (e mais alarmante) desumanização do parto!

O Brasil lidera o ranking dos países que mais realizam cesarianas no mundo (Rodrigues, Almeida, de Oliveira Neto, & Moreira, 2016) e poucos países têm cumprido a meta recomendada pela OMS (Lages, 2012), mas se a realidade desses partos for analisada, encontram-se por todo o mundo parturientes tratadas como doentes. Deitadas em macas por horas, com soro, com ocitocina sintética, com enfermeiras e médicos entrando e saindo de seus quartos e pouquíssima mobilidade, empoderamento ou assistência de qualidade. Encontra-se, então, a naturalização da violência obstétrica, com altas taxas de intervenções (Leal, Pereira et al., 2014) como toques e episiotomia, e pouca satisfação das mães com o parto (Luz & Gico, 2014), isto é, altas taxas de desumanização.

A vivência do parto com a naturalização da violência obstétrica como parte dele não é um padrão brasileiro, mas, segundo Laura Gutman (2010; 2013), um padrão da sociedade ocidental patriarcal. A cultura brasileira reagiu a isso dando espaço para a cesárea como solução de escape às vivências violentas (Ministério da Saúde, 2001), enquanto outras culturas tomaram posturas diferentes, como a Holanda, com 30% de partos domiciliares e índices baixos de partos cirúrgicos (Odent, 2003), e a Inglaterra, que já em 1992 recomendava os partos domiciliares para pacientes de baixo risco, acompanhado por parteiras treinadas e, em 2006, estimulava a desmedicalização do nascimento, apoiando também os partos extra-hospitalares, em casas de parto ou domiciliares (Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS], 2008). Mas, no fim das contas, *são mulheres parindo de forma passiva e incapacitadas para serem protagonistas dos próprios partos em todo mundo.* São partos hospitalares que, muitas vezes, são menos humanos do que a maior parte dos procedimentos (não parto) que se passam dentro dos hospitais.

Por que isso acontece? Porque o nascimento mexe com o interior dos seres, e a maioria não sabe ou não consegue lidar com esse momento tão pessoal, cultural, sexual e natural (Ministério da Saúde, 2015). E, em negação, tratam da forma mais cética possível um dos acontecimentos máximos da natureza humana. Por isso existem tantos maus tratos no parto, e por isso muitas mulheres até hoje abraçam e desejam a cesárea.

Laura Gutman (2013) evidencia a tênue relação entre o patriarcado e a fuga da dor, confirmada na baixa prevalência de partos normais:

Nós, mulheres, com séculos de patriarcado nas costas, afastadas de nossa sintonia interior, não queremos parir, nem sentir, nem entrar em contato com a dor. Não sabemos o que é prazer orgásmico. Carregamos séculos de dureza interior, vivemos com o útero rígido, a pele seca e os braços incapacitados. Não fomos abraçadas nem embaladas por nossas mães, por que elas não foram embaladas por nossas avós e assim por gerações e gerações de mulheres que perderam todo vestígio de brandura feminina. Quando chega o momento de parir, nosso corpo inteiro dói devido à inflexibilidade, à submissão, à falta de ritmo e carícias (Gutman, 2013, p. 104).

É alarmante perceber que, dentro desse contexto intervencionista e violento, a cesárea sem indicação, ou a chamada cesárea eletiva (realização do ato cirúrgico, geralmente antes de a paciente entrar em trabalho de parto. Ver Luz & Gico, 2014), acaba sendo a opção mais segura, haja vista que, dependendo da situação, uma cesariana coloca a mulher em menos risco de sofrer violências obstétricas mais sérias. Em lugares em que os profissionais que assistem os partos são conhecidos por praticar técnicas e manobras doloridas e não aconselháveis, sem discussão nem permissão da gestante, como episiotomias, manobra de kristeller, ocitocina sintética precocemente recomendada, e muitas outras violências verbais e psicológicas, uma gestante que diz: "quero muito um parto normal, mas morro de medo de sofrer demais. Acho que uma cesárea me deixa mais segura que não vou sofrer nada disso" está com toda razão.

O que se vê hoje no mundo é o parto permeado de intervenções desnecessárias, mesmo que não haja qualquer complicação (Müller et al., 2012). Um parto dolorido, sofrido, mutilado, desrespeitado. As intervenções persistem mesmo depois do nascimento e, muitas vezes, se prolongam até a alta hospitalar. Procedimentos com os bebês, a distância prolongada da mãe, banhos precoces, a solidão em berçário, as agulhadas de glicemia e outros processos que fazem das primeiras horas de vida do bebê um pesadelo; um nascer sofrido por todos os lados.

A primeira hora de vida do recém-nascido é de grande importância para o estabelecimento de vínculo entre a mãe e o bebê e para o aleitamento materno. A recomendação é que o bebê permaneça em contato direto com a mãe até que ele seja capaz de mamar pela primeira vez, devendo ser promovido seus esforços para alcançar o peito (Almeida & Martins Filho, 2004). O início precoce possibilita maior sucesso no aleitamento. Além disso, o contato visual e sensorial entre o bebê e a mãe na primeira hora são de suma importância emocional para a mãe e facilitam a adaptação do bebê à nova realidade extrauterina (Cruz, Sumam, & Spíndola, 2007).

Dessa maneira, todas essas intervenções acabam por desumanizar o nascimento como um todo, dificultando a criação do vínculo mãe-bebê que é absolutamente necessária à humanização do mundo (Odent, 2003). Michel Odent, em entrevista registrada no documentário O Renascimento do Parto (2013), afirma que quando as mães sofrem tantas intervenções no processo natural de parir, podem reagir como outras mamíferas, quando têm seus filhotes em cativeiro: têm dificuldade de desenvolver apego, de amamentar; além disso, podem passar por uma série de consequências no puerpério, e, talvez ainda, no seu relacionamento com o filho para toda a vida.

MAS ENTÃO, QUAL A SOLUÇÃO?

A luta para ir contra os padrões estabelecidos pelo patriarcado existe hoje em vários âmbitos sociais. No parto, especificamente, as frentes

mais adotadas são a des-hospitalização do parto, investindo em equipes de assistência ao parto em domicílio (Andrade & Silva, 2016; Frank & Pelloso, 2013); a criação de casas de parto anexas a hospitais, para mais comodidade e liberdade nos partos de baixo risco (Oliveira, Progianti, & Peregrino, 2014; Pereira & Nicácio, 2014); a assistência de partos de baixo risco por profissionais qualificados como obstetrizes (*midwives*) e enfermeiras obstetras (Narchi, Cruz, & Gonçalves, 2013; Norman & Tesser, 2015).

O caráter não-médico do parto normal de baixo risco tem sido o foco, porque entende-se que o parto de baixo risco, na maioria das vezes, não terá complicações graves e pode ser atendido por profissionais qualificados que são capazes de identificar os riscos e encaminhar mãe e/ou bebê antes que alguma complicação grave aconteça, reservando os médicos para casos de alto risco e complicações intraparto (Dias, M. A. D. & Domingues, 2005). Esses modelos, desenvolvidos e prezados em países como Inglaterra e Holanda (M. A. D. Dias & Domingues, 2005), costumam gerar mais liberdade para a parturiente e, além disso, são menos custosos ao serviço, pois evitam gasto de materiais com intervenções de rotina (Koettker, Brüggemann, Dufloth, Knobel & Monticelli, 2012; Oliveira et al., 2014).

O parto domiciliar, comum até meados do século XX, tornou-se um ato exótico atualmente. Porém, muitas mulheres têm optado por este tipo de parto devido ao número alarmante de violências praticadas durante a assistência ao parto em instituições de saúde (Sanfelice & Shimo, 2016). Pesquisas demonstram que os partos domiciliares planejados apresentam menos intervenções e riscos de mortalidade perinatal equivalentes aos partos hospitalares também planejados (Colacioppo, Koiffman, Riesco, Schneck, & Osava, 2010; Frank & Pelloso, 2013).

Outro modelo e opção buscada pelas mulheres são as casas de parto, unidades básicas de saúde voltadas para o cuidado de gestantes de baixo risco, assistindo, portanto, ao parto vaginal "sem riscos" (Ramos, 2013). Na realidade brasileira, nestes locais as mulheres são

acompanhadas por enfermeiras obstétricas e auxiliares de enfermagem, sem haver necessidade de acompanhamento médico, a menos que haja alguma intercorrência. A assistência é realizada em quartos individuais, sendo comum esses quartos lembrarem verdadeiras casas, na arquitetura e na presença de móveis comuns, como cama, berço, além do banheiro. A proposta das casas de parto valoriza o protagonismo da mulher, implicação de familiares e o mínimo de intervenções possíveis, tratando o nascimento como uma questão de saúde e não de doença, na medida em que retira o parto do cenário exclusivamente hospitalar (Ramos, 2013). Atualmente, no Brasil, existem algumas casas de parto em funcionamento, como, por exemplo, no Hospital Sofia Feldman (MG), o Centro de Parto Normal Mansão do Caminho (BA) e a Casa de Parto São Sebastião (DF).

Por fim, se faz necessária uma mudança no sistema jurídico para resguardar os médicos, que tem a realização de uma cesariana como saída mais segura para evitar um processo, tanto no Brasil como nos Estados Unidos. Nestes dois países os médicos mais processados são os obstetras, "mas apenas quando oferecem atendimentos humanizados e estimulam o parto vaginal" (ANS, 2008, p. 152). Dessa forma, o sistema jurídico tem que se aprimorar para que os profissionais possam ser avaliados de acordo com parâmetros mais modernos de conhecimento obstétrico, como as diretrizes estabelecidas pela Medicina Baseada em Evidências (ANS, 2008).

PROVIDÊNCIAS A TOMAR PARA DENUNCIAR A VIOLÊNCIA SOFRIDA

Mesmo já conhecendo os mecanismos que contribuem para essas violências e possíveis recursos para evitá-las durante a gestação, parto e pós-parto, ninguém está imune a elas. A pergunta agora é: O que fazer em caso de violência obstétrica?

Primeiramente é importante ter alguns documentos, como a cópia do prontuário médico e o cartão de acompanhamento da

gestação. A cópia do prontuário pertence à paciente e pode ser solicitada no hospital, maternidade ou casa de parto em que foi atendida; e a instituição pode cobrar somente o valor referente às cópias (Núcleo Especializado de Promoção, 2015; Violência Obstétrica, 2014).

Apesar de não existirem meios especializados e próprios para denunciar esse tipo de violência, a denúncia em diversos serviços pode ajudar a tornar a violência obstétrica mais visível e, dessa forma, mais facilmente combatida. Os serviços em que se pode fazer denúncias são: Disque Violência Contra a Mulher (Disque 180); Ministério Público Estadual e Federal; Ouvidoria Geral do SUS (Disque saúde 136); Ouvidoria do hospital; Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS – 0800 701 9656), se o atendimento foi feito por um plano de saúde; e pode-se denunciar os profissionais que praticaram a violência aos seus respectivos Conselhos de Classe. Além disso, se for necessário contratar um advogado, pode-se procurar a Defensoria Pública (Núcleo Especializado de Promoção, 2015; Violência Obstétrica, 2014).

Finalmente, entender, que a violência obstétrica se trata de algo mundial e não local se faz tão importante quanto entender que se trata de algo histórico. É consequência de anos de patriarcado, repressão sexual, da centralização da sociedade no homem e da medicalização da vida. E, portanto, combatê-la é parte de um processo lento que não abrange apenas o parto, mas a forma de ver a mulher e o natural como um todo.

Este capítulo buscou apontar as práticas violentas vivenciadas pelas mulheres desde a gestação até o puerpério, bem como esclarecer os fatores históricos relacionados a estas práticas e elencar possíveis saídas para evitá-las. Cabe às mulheres buscarem entender seus direitos com relação ao parto e atuarem também na disseminação dessas informações a outras mulheres, porém a participação dos familiares e rede de apoio também é de grande importância na propagação de conhecimento acerca do processo mais humano de nascer.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS] (Brasil). (2008). **O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro: ANS.

Almeida, E. A., & Martins Filho, J. (2004). O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. **Revista de Ciências Médicas, 13**(4). 381-388.

Andrade, A. C. P. A., & Silva, L. T. (2016). Os benefícios do parto domiciliar: resgate de uma prática naturalista. **Revista Presença, 1**(4), 58-65.

Cardoso, I. P. B. (2015). **Significados da violência na assistência ao Parto em narrativas de mulheres atendidas na rede privada**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia.

Colacioppo, P. M., Koiffman, M. D., Riesco, M. L. G., Schneck, C. A., & Osava, R. H. (2010). Parto domiciliar planejado: resultados maternos e perinatais. **Revista de Enfermagem Referência, 3**(2), 81-90.

Cruz, D. C. S., Sumam, N. S., & Spíndola, T. (2007). Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Revista da Escola de Enfermagem da USP, 41**(4), 690-697.

D'Gregorio, P. (2010). Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. **International Journal of Gynecology and Obstetrics, 111**(3), 201-202.

Dias, H. H. Z. R. (2002). **O "des"cuidado em saúde: a violência visível e invisível no trabalho de enfermagem**. Dissertação de Mestrado. Programa de pós-graduação em enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina.

Dias, M. A. D. & Domingues R. M. S. M. (2005). Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência e Saúde Coletiva, 10**(3), 699-705.

Frank, T. C., & Pelloso, S. M. (2013). A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado. **Revista Gaúcha de Enfermagem, 34**(1), 22-29.

Gutman, L. (2010). **A maternidade e o encontro com a própria sombra**. Rio de Janeiro: BestSeller.

Gutman, L. (2013). **O poder do discurso materno: introdução à metodologia de construção da biografia humana**. São Paulo: Ágora.

Koettker, J. G., Brüggemann, O. M., Dufloth, R. M., Knobel, R., & Monticelli, M. (2012). Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. **Revista de Saúde Pública, 46**(4), 747-750.

Lages, A. M. S. (2012). **Parto por cesariana: consequências a curto e longo-prazo**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina, Universidade do Porto. Porto, Portugal.

Leal, M. C., Pereira, A. P. E., Domingues, R. M. S. M., Theme Filha, M. M., Dias, M. A. B., Nakamura-Pereira, M., ... Gama, S. G. N. (2014). Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto

em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública, 30**(1), 17-32.

Leal, M. C., Torres, J. A., Domingues, R. M. S. M., Theme Filha, M. M., Bittencourt, S., Dias, M. A. B., Gama, S. G. N. (2014). **Nascer no Brasil: Sumário executivo temático da pesquisa**. Disponível em http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/11/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf.

Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005 (2005). Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm.

Luz, L. & Gico, V. (2014). O renascimento do parto na blogosfera brasileira. Em **IV Colóquio Internacional Epistemologias do Sul: aprendizagens globais Sul-Sul, Sul-Norte e Norte-Sul**, Direitos Humanos e outras gramáticas da dignidade humana, (pp. 207-217). Coimbra: Centro de Estudos Sociais.

Ministério da Saúde. (2001). **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: MS.

Ministério da Saúde. (2015). Portaria nº 11: Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**.

Müller, E., Rodrigues, L., Portella, M., Melo, C. P. L., Gayoso, D., Silva, D. M. O. F., ... Silva, M. M. T. (2012). O relato de mulheres sobre partos e intervenções: reflexões sobre saúde, direitos humanos e cidadania. Em **17º Encontro Nacional da Rede Feminista**

Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero. João Pessoa, PB. Anais Digital.

Narchi, N. Z., Cruz, E. F., & Gonçalves, R. (2013). O papel das obstetrizes e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva, 18**(4), 1059-1068.

Norman, A. H., & Tesser, C. D. (2015). Obstetrizes e enfermeiras obstetras no Sistema Único de Saúde e na Atenção Primária à Saúde: por uma incorporação sistêmica e progressiva. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 10**(34), 1-7.

Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. (2015). **Conversando sobre violência obstétrica** [cartilha]. Disponível em http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/34/documentos/cartilhas/Cartilha_VO.pdf

O Renascimento do Parto. Direção de Eduardo Chauvet. Produção de Érica de Paula. Brasil: Eduardo Chauvet, 2013. DVD (90 min.), Documentário, son., color. Legendado.

Odent, M. (2000). **A cientificação do amor**. São Paulo: Terceira Margem.

Odent, M. (2003). **O camponês e a parteira: uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto**. São Paulo: Ground.

Oliveira, F. A. D., Progianti, J. M., & Peregrino, A. A. D. F. (2014). Custos diretos do parto envolvidos com a prática obstétrica de enfermagem em Casa de Parto. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 18**(3), 421-427.

Organização Mundial da Saúde & Human Reproduction Programme. (2015). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Disponível em http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/.

Pereira, A. L. F., & Nicácio, M. C. (2014). A escolha pelo atendimento em casa de parto e avaliação do cuidado pré-natal. *R***evista de Enfermagem da UFSM, 4**(3), 546-555.

Ramos, T. O. (2013). **Casas de parto autônomas no contexto brasileiro: conflitualidades e sentidos em torno da humanização de partos e nascimentos**. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília. Brasília, Distrito Federal.

Rodrigues, J. C. T., Almeida, I. E. S. R., de Oliveira Neto, A. G., & Moreira, T. A. (2016). Cesariana no Brasil: uma análise epidemiológica. **Revista Multitexto, 4**(1), 48-53.

Salgado, H. O. (2012*).* **A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo.

Sanfelice, C. F. O., & Shimo, A. K. K. (2016). Boas práticas em partos domiciliares: perspectiva de mulheres que tiveram experiência de parto em casa. **Revista Eletrônica de Enfermagem***, 18.* e1159. Disponível em http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.31494

Souza, A. C. A., & Valente, M. B. B. (2016). Violência obstétrica: um desafio para Psicologia. **REVISTA HUM@NAE, 10**(1), 11 telas.

Disponível em http://humanae.esuda.com.br/index.php/humanae/article/view/521

Souza, K. J. (2014). **Violência institucional na atenção obstétrica: proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília.

Violência obstétrica é violência contra a mulher: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. (2014). São Paulo: Parto do Princípio/Espírito Santo: Fórum de Mulheres do Espírito Santo. Disponível em www.partodoprincipio.com.br

Zveiter, M. (2005). O que pode ser traumático no nascimento? **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 8**(4), 706-720.

Segunda parte: discutindo conceitos e significados na gravidez e no puerpério

Capítulo 8

Por uma história da maternidade e dos cuidados maternos

Bianca Martins Buzatto

> Mefisto: contra minha vontade eu te revelo um segredo. Deusas, bem longe, governam sozinhas. As Mães.
> Fausto: (aterrorizado) Mães! Mães! Essa palavra estranhamente ressoa. Um arrepio me toma. Que palavra é essa que tremo ao ouvir? (Fausto – Goethe, 1831)[1]

1 Mephisto: À contre coeur je te revele un secret. Des déesses, bien loin, trônent en solitude. Les Mères. Faust: (avec effroi.). Mères! Mères! Ce mot étrangement réssonne. Quel frisson vient me prendere! Qu´est-ce donc que ce mot que je tremble d´entendre. (Neri, 2005). Tradução de Alice Almeida Cardoso.

A maternidade é uma palavra que possui vários significados: é um estado, uma condição – ser mãe; uma função biológica, a da reprodução, da produção de novos humanos no mundo; uma obra de arte representando uma mulher e sua cria; um lugar, uma instituição, um serviço hospitalar onde as mulheres em nossa sociedade são encaminhadas para parir seus filhos (Théabaud, 1986). Além disso, de acordo com Stevens (2005) a maternidade é

> [...] uma realidade que conceitualmente tem sido deformada, evitada, idealizada, degradada", sendo tutelada pelas concepções patriarcais que a delinearam de acordo com suas questões históricas, religiosas, culturais, mitológicas, que constroem as percepções sociais negativas acerca da maternidade que precisa ser "controlada, anatomizada, demonizada (Stevens, 2005, p. 65).

Para Birksted-Breen (1996), a maternidade, como conceito, surgiu na época vitoriana e foi entendida como uma tarefa essencial e própria do desenvolvimento das mulheres e parte fundamental de sua identidade como adulta. Para autores como Sau (2000) e Badinter (2011), tanto a maternidade quanto os modelos de maternagem – formas de cuidar dos filhos, como conhecemos –, são construtos históricos, surgidos em sociedades patriarcais e, portanto, são conceitos mutáveis, pois sofreram modificações a cada tempo e a cada lugar.

Para Kaplan (1992), a maternidade em nossa sociedade é poucas vezes narrada em voz própria: seus narradores, ao longo dos tempos não foram as mulheres e muito menos as mães. Na literatura, reconhecemos a ausência dessas vozes, por exemplo quando analisadas as categorias "mãe" e "criança" como sinônimos de "maternidade" e "infância" e enquanto categorias naturalizadas de maneira homogênea e universal. No entanto, para esta autora, nas representações culturais e sociais, a figura da mãe encontra-se dissociada à da criança, estando essa no centro, enquanto aquela à margem.

Foram os movimentos feministas que, embora num primeiro momento não tenham dado a devida importância às questões relativas à maternidade, posteriormente procuraram desmistifica-la como "um ideal a ser alcançado". Tal ideal, quando imposto às mulheres como modelo absoluto proporciona a divisão da mulher enquanto 'mãe' e 'não mãe'. Na atualidade, o termo "*menas mãe*" (que significa que uma mulher é 'menos mãe' quando comparada a outras), frequentemente observado nos discursos das redes sociais, denuncia esse funcionamento. Segundo Fidalgo (2003), a culpa faz com que cada mulher sinta que não é tão boa mãe como as outras.

Psicanalistas de orientação feminista, como Chodorow (1990), Cixous e Clemente (1987), Irigary (1985) e Kristeva (1986), destacam em suas obras a importância da maternidade no que diz respeito aos aspectos silenciados e não falados da experiência feminina, exigindo que seja dada voz às mulheres que sempre estiveram às margens das diversas representações da sociedade – na cultura, na mitologia, nas religiões. A mulher e principalmente as mães sempre foram faladas por vozes que não as suas.

CONCEPÇÕES DE MÃE E MATERNIDADE NA HISTÓRIA

Para os povos primitivos, quando a sobrevivência do bando se tornou importante para a manutenção da organização social, cabia às mulheres a responsabilidade pela integridade e unidade do grupo, sendo a relação entre a fêmea da espécie humana e sua cria um protótipo da primeira organização social (Briffault, 1974; Deutsch, 1951; Malinowski, 1973). A matriz – representada pela Grande Mãe - então foi cultuada e elevada ao domínio do sagrado, pois estava diretamente ligada aos mistérios da vida, de dar a vida. Suas representações com coxas e ventre volumosos, morfologicamente semelhantes às mulheres prenhas, encontradas em representações rupestres, estatuetas de pedra, argila ou marfim, simbolizavam a inquietação do homem primitivo diante do mistério da continuidade da espécie, e seu íntimo

desígnio às mulheres. Esses povos desconheciam a conexão existente entre a relação sexual, e consequente fecundação e gravidez. A ideia da reprodução por partenogênese (crescimento e desenvolvimento de um embrião sem fertilização) foi considerada por muito tempo por diversos povos na antiguidade. Encontramos diversos exemplos desse modelo de pensamento nos mitos e em algumas religiões. Diversos deuses são oriundos de seres que procriavam solitariamente a despeito da existência do outro, cujo sexo[2] era diferente ao seu. Alguns elementos das culturas helênica, hindu e judaico-cristã trazem essas representações, como por exemplo, o nascimento dos deuses gregos e a própria experiência efêmera de concepção da Virgem Maria.

Portanto a mulher-mãe no início dos tempos teve um lugar de extrema importância e era considerada a representante da "eternidade" e da "imortalidade", ocupando lugar privilegiado na organização social. A mãe ancestral da espécie humana foi temida e reverenciada. Essas mulheres, de acordo com Duby e Perrot (1992), desempenhavam 3 papéis importantes - como sacerdotisa, guerreira e alimentadora. Eram respeitadas de maneira igualitária em todas as circunstâncias da vida em grupo (Ribeiro, 1990).

Autores como Bachofen (1992), Briffault (1974) e Malinowski (1973) afirmam que as primeiras organizações sociais humanas entre os povos primitivos se deram a partir das relações sanguíneas derivadas da mesma mãe de um clã. Portanto, segundo essa hipótese, o primeiro modelo de organização social humana deu-se de forma matriarcal e não patriarcal. Porém, o surgimento do patriarcado pôs fim ao estatuto místico da "mãe primeva" e ao tempo das deusas. O produto do ventre materno passou a ser propriedade do pai num

2 Utilizo a palavra sexo para determinar a dualidade biológica em macho e fêmea. Diferindo completamente da ideia de gênero enquanto "um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder" (Scott, 1995).

tempo não mais tutelado pelas forças do sangue, do ventre, mas pela propriedade, pela herança, pelo direito aos bens e às terras.

Na antiguidade clássica vemos os reflexos da exclusão das mulheres do mundo público. A mulher passa a ter sua participação social totalmente limitada, é excluída da vida social, confinada ao espaço privado – ao mundo doméstico; o mundo do conhecimento, do pensamento e a maternidade não acrescentavam mais qualquer status à sua existência (Fidalgo, 2003). Até mesmo as ideias acerca da concepção, evento anteriormente enaltecido e exclusivamente materno nos períodos primitivos, passam agora a ser pouco relevantes. A mulher se torna "terra que precisa ser semeada", cujo mérito e única importância social eram ser uma boa incubadora, uma vez que eram os humores dos homens quem produziam os filhos (Badinter, 1990). Ou seja, os homens passam a ser os responsáveis pela procriação. Essa mudança de perspectiva também pode ser observada a partir das representações mitológicas onde as divindades gregas masculinas passam a gerar os filhos, sendo o mito do nascimento dos filhos de Zeus o maior exemplo de todos.

Durante o Império Romano as mulheres recuperam um pouco o status perdido nas sociedades anteriores. A expansão territorial fez com que a mãe voltasse a ser enaltecida pela sua capacidade de trazer novos cidadãos para povoar a vastidão conquistada. Assim, a Matrona Romana recuperou um pouco da possibilidade de participar da vida social e, principalmente, encontrou no seio da privacidade do lar algumas formas de autonomia (Fidalgo, 2003).

Posteriormente, de acordo com Thurer (1994), a identidade materna[3] medieval é marcada pela difusão dos papéis sociais desti-

3 Entendendo identidade materna a partir da conceituação de Rubin (1984), sendo seu núcleo os conceitos de Eu – mãe e Você – filho e como ambos se relacionam e influenciam-se a partir da construção de uma vinculação, construída durante a gravidez por meio de uma imagem idealizada que a mulher tem de si como mãe e do bebe como filho. Essa construção recebe influências diretas da cultura na qual essa relação está inscrita.

nados às mulheres, inspirados na cultura judaico-cristã. A mulher passa a ter duplo estatuto. De um lado há o símbolo da audácia, que gerou a desgraça da humanidade, representada por Eva, destinada, devido à sua desobediência, a estar sob o domínio do marido e a "dar à luz com dores" e do outro lado, a imaculada e escolhida, Maria, cuja imagem associou a maternidade ao sacrifício (Wordwaed, citado por Fidalgo, 2003).

No período do Renascimento as mulheres também se encontravam sob o julgo dos homens. Segundo Yalom (1997), entre 60 mil a 150 mil mulheres foram sacrificadas queimadas nas fogueiras da Inquisição. Os casamentos eram fonte de manutenção das propriedades e interesses das famílias, na grande maioria das vezes à revelia da vontade e escolha da mulher, cuja única função era a de assegurar ao marido uma boa linhagem (Fidalgo, 2003). Já as mulheres que não possuíam dote eram enviadas aos conventos. Ambas as mulheres, 'casadouras' ou religiosas, encontravam-se ainda muito apartadas das experiências de participação social, e eram confinadas aos espaços privados. Ainda nesse período verifica-se a "ausência do amor materno" enquanto valor familiar, o que não significa que o amor e cuidado com a prole não existisse (Ariès, 1981; Badinter, 1990). A fertilidade era valorizada e o infanticídio era praticado em situações de miséria. Segundo Kitzinger (2007) bebês eram sufocados acidentalmente ou deixados cair de cabeça. Conforme Bonnet (1990), o infanticídio e o abandono eram preferidos ao aborto, pois conservava a vida da mulher, fazendo "desaparecer" uma criança indesejada, principalmente entre as mulheres pobres.

As crianças que nasciam não permaneciam junto das mães, mas eram enviadas às amas ainda muito pequenas para que fossem cuidadas e educadas, numa época em que ainda não existia as concepções de maternidade, infância e cuidados maternos como temos na contemporaneidade. Mesmo com o advento do Iluminismo, período de aquisição de direitos fundamentais dos indivíduos – como o direito à propriedade de si, direito ao patrimônio e direito à justiça, as mulheres

não foram inseridas como cidadãs nessas conquistas (Murilo, citado por Fidalgo, 2003). Encontravam-se excluídas de todas as possibilidades da vida social, sendo somente estimuladas à aquisição de formação educacional voltada a valores morais e talentos para as questões domésticas. Suas vidas e histórias ainda se encontravam em total silenciamento histórico (Badinter, 1990).

Fidalgo (2003) assinala que neste período, as mulheres não eram sujeitos autônomos, sendo reconhecidas socialmente quanto ao seu aspecto materno e submisso, enquanto as mulheres marginais – não submetidas ao *status quo* da época – eram párias sociais. O mundo dos homens transformou a maternidade em algo embaraçoso e incompatível com a vida social, sendo então as mulheres-mães as únicas responsáveis pelos cuidados com as crianças.

"A invenção da maternidade", da criação das crianças no lar e o nascimento do amor romântico foram, segundo Giddens (1993, p. 53), os responsáveis pela mudança das mentalidades. Após 1760 surgem publicações que recomendam às mães que cuidem pessoalmente de seus filhos e os amamentem. A mãe passa a ter uma importância insubstituível na sociedade, essa "nova mulher" como educadora e mãe, torna-se a criadora da sociedade do futuro, passando a ocupar um lugar de onipotência (Correia, 1998).

Kitzinger (2007) afirma que foi a mitologia medieval da maternidade a responsável por transformar o ato de dar à luz no rito principal de fundação do amor materno, sendo esse único evento capaz de modificar inteiramente a mulher, transformando-a em um ser abnegado, generoso e transformando a experiência materna de sacrifício, satisfação e devoção suprema em traços inequívocos da identidade da mulher. Ainda segundo essa autora, a consumação do casamento, em algumas sociedades deve-se ao nascimento do bebê e não a relação sexual, sendo o parto um evento que modifica as relações entre os membros das famílias na qual o casal se insere.

Para Badinter (1990) esse é o início do mito do amor materno como espontâneo e natural. Para essa autora, o surgimento da

identidade materna como privilegiada na sociedade, atribui à mulher um lugar de grande importância, e uma atividade que os homens jamais poderiam exercer. Elevada a esse lugar supremo, a maternidade adquire uma nova imagem, em que a criança se torna o centro da atenção e a mãe passa a sacrificar-se para ter o filho vivo e junto a si. Para Nader (2001), essa função privilegiada criou o mito da feminilidade, da passividade e da complacência, colocando a maternidade como característica essencial da mulher, estando a mulher completa somente quando tivesse filhos (Birman, 1999).

Simone de Beauvoir (2016) define a mulher como um constructo social e histórico:

> Ninguém nasce mulher: torna-se mulher. Nenhum destino biológico, psíquico, econômico define a forma que a fêmea humana assume no seio da sociedade; é o conjunto da civilização que elabora esse produto intermediário entre o macho e o castrado que qualificam de feminino (Beauvoir, 2016, p. 11).

Não estariam as mães também circunscritas por essa construção? Neste sentido, nenhuma mulher nasce mãe: há a construção de uma identidade materna, que sai de um caminho naturalizado, considerado destino certo para as mulheres (Nader, 2001), para se tornar mais uma opção entre várias que as mulheres possuem na contemporaneidade.

Para Stevens (2005), a maternidade é um dos pilares que sustentam o patriarcado e um componente importante da identidade feminina, sendo ao mesmo tempo uma experiência ambivalente, lócus tanto de poder como de opressão, autorrealização e sacrifício, reverência e desvalorização. Na contemporaneidade, com a expressão do feminismo, em que as vozes das mulheres passam a ser ouvidas, as histórias das mães surgem como possibilidade de atuação, de ressignificação diante desses papéis podem ser questionados e modificados. A segunda fase do feminismo (1970) propõe não apenas conscientizar a mulher sobre as cruéis distorções das formulações

patriarcais da maternidade, mas despertá-las ao enorme potencial positivo dessa condição.

MATERNAGENS E SUAS CONSTRUÇÕES

Para autores como Sau (2000), a maternidade em nossa sociedade diz respeito ao fato das mulheres assumirem, de forma particular e concreta, o processo biológico da gestação e parto, assim como, os cuidados posteriores que um ser humano requer, por um período mais ou menos longo de sua existência. A esses cuidados nomeia-se maternagem.

Em "*Representations of Motherhood*", Bassin, Honey e Kaplan (1994) assinalam que a maternidade é uma temática complexa pois afeta níveis diversos, inclusive o pessoal – afinal, todos os seres humanos, inevitavelmente nasceram de uma mãe. É o fato de dar à luz a um bebê que dá a mulher a condição de mãe biológica. No entanto, isso não quer dizer que essa mulher irá maternar - cuidar maternalmente do fruto de seu ventre.

Assim como a maternidade foi por um longo período "uma transposição social e cultural da capacidade da mulher de dar à luz e amamentar" (Chodorow, 1990, p. 58). O cuidado materno amoroso e a vinculação afetiva no cuidado das crianças, enquanto prática estimulada socialmente são relativamente recentes na experiência humana e foram construídos por discursos inspirados nas ciências como a medicina, a filosofia, a psicologia e a economia, que passaram a tutelar as práticas sociais e subjetivas - que chamarei de "especialismos" –, determinando as práticas familiares nos cuidados com as crianças a partir do século XVIII.

Segundo Ariès (1981), Badinter (1990) e Donzelot (1986), até a Idade Média as famílias pouco ocupavam-se de suas crianças. Quando bebês eram encaminhados a amas, mulheres que ganhavam a vida cuidando dos filhos de outras pessoas. As poucas crianças que sobreviviam às precárias condições higiênicas, sem contar com o total

desinteresse de seus cuidadores, retornavam para suas famílias e por lá permaneciam até no máximo 10 anos de idade, quando novamente eram encaminhadas para outras famílias para aprenderem um ofício. Ou seja, logo que as crianças prescindiam aos cuidados das amas e das mães ascendiam à condição social semelhante à do adulto.

A elevada taxa de mortalidade infantil (85% dos nascidos vivos) existente até o século XVIII (Badinter, 1990) era entendida como um dos fatores para o não investimento emocional das mães (e do resto da família) à prole. Porém, diante desses dados históricos, a autora argumenta que o desinteresse materno associado ao não investimento nos cuidados, talvez tenha contribuído muito para manter esses altos índices de mortalidade durante muito tempo.

A partir daí, Ariès (1981) discute que fatores como: (1) a escolarização em massa das crianças, que modificaram as formas de transmissão de habilidades e dos conhecimentos familiares acerca dos ofícios; (2) a ascensão da burguesia; e (3) a modificação no direito à sucessão dos bens familiares, tornando a criança herdeira, fizeram com que a autoridade paterna fosse abrandada e o amor materno exaltado. Além disso, modificou-se a forma de investimento econômico e emocional destinado às crianças, que passaram a ocupar um lugar privilegiado não somente nas famílias, mas para os Estados Nacionais que, em expansão, necessitavam cada vez mais de cidadãos que ocupassem e protegessem os territórios conquistados, garantindo assim o poder e a soberania dos estados. Assim, começam a surgir na França tratados especializados em cuidados com a saúde e educação das crianças, como vemos na obra "Emílio ou da Educação" do filósofo Jean Jacques Rousseau (2004), originalmente escrita em 1762: o primeiro tratado de educação do mundo ocidental.

Nesse período, as relações conjugais também são remodeladas. O amor entre os esposos e, consequentemente, o sentido de família e o lugar social e familiar da criança, também são alterados pelos interesses econômicos. Esse processo coloca a mulher ao centro, fazendo com que esta assuma a responsabilidade central dessas

relações – como esposa e como mãe – sendo considerada a pessoa mais adequada, uma vez que é ela quem gera, dá à luz e nutre naturalmente a cria.

A medicina foi a principal área de conhecimento a tutelar e estimular os comportamentos de maternagem exclusivamente centrados na figura da mãe. Nas classes dominantes os cuidados com a prole passaram a ser enaltecidos, surgindo a concepção de 'boa-mãe' como aquela que se torna responsável em dar a vida, nutrir, controlar e educar os cidadãos. Esse novo status social deu a mulher um lugar de grande importância e, ao mesmo tempo, trouxe consigo uma enorme capacidade de culpabilizar e patologizar aquelas que não acedessem a esse lugar, sendo consideradas anormais aquelas que não cumprissem esse papel.

Neste sentido, a maternagem também é uma expressão da cultura que engloba um sistema de valores relacionados com o conceito de mulher e com o conceito de filho/a, além das atitudes frente aos cuidados maternos, que podem variar de acordo com a classe social (Ariès, 1981; Badinter, 1990; Kitzinger, 2007). Percebe-se que o amor maternal não está encravado na natureza feminina (Badinter, 1990). Portanto, o modo como as mulheres cuidarão de sua prole estará associado a uma diversidade de fatores, como: a história de vida de cada mulher; o desejo, planejamento e aceitação da gravidez; sua relação conjugal; além de fatores econômicos, sociais e religiosos. Em algumas culturas, a mulher grávida é submetida cerimônias rituais que tem como objetivo circunscrevê-la num status diferenciado do anterior, empoderando-a enquanto ser místico de ligação entre o passado e futuro, e acolher o novo ser que nascerá, inscrevendo-a na ancestralidade da cultura comunitária. A gravidez nessas comunidades não se trata de um fenômeno individual, mas sim de um evento coletivo onde todos de alguma forma possuem funções estabelecidas. Na nossa sociedade ao contrário, os ritos aos quais as mulheres estão submetidas são de total afastamento do cuidado com as crianças pequenas.

Isso se deve não somente à medicalização dos corpos, mas também a urbanização e redução nos números de nascimentos nas famílias. Uma mulher adulta em idade reprodutiva, muito provavelmente terá pouco ou quase nenhum acesso à outras mulheres em situações perinatais (gravidez, parto e puerpério), uma vez que é tida como ser doente que necessita de intensivos e invasivos cuidados médicos. Segundo Correia (1998), essa percepção difundida diminui a confiança das mulheres em suas capacidades não só de parir como de cuidar de uma criança pequena.

Na contemporaneidade, a queda nas taxas de mortalidade infantil e a escolarização na primeira infância, bem como o deslocamento das mulheres dos afazeres domésticos para sua entrada e permanência definitiva nos trabalhos fora do lar, contribuíram largamente para a emancipação da mãe do seu caráter considerado natural. Em contrapartida, permaneceu incidindo sobre a mulher a função não só de garantir a sobrevivência da prole, mas ainda ser um modelo, acolhendo não somente as necessidades dos filhos, como também sendo complacente às demandas do marido, estando seus interesses secundários aos da família (Chodorow, 1990).

Para essa autora, o reforço do papel materno como pilar da família foi reforçado pela sociologia e pela psicologia pós-freudiana, uma vez que lançaram luz à relação entre a mãe e seu bebê como algo indissolúvel e determinante para o bom desenvolvimento infantil. Autores como Klein (1996), Winnicott (2006), Bowlby (2006) foram pioneiros nos estudos das relações objetais primordiais e contribuíram em muito para uma cultura da exclusividade dos cuidados maternos como meio de promoção de saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na atualidade, há um novo modelo de transformação do feminino que se governa livremente – em comparação aos modelos históricos anteriores–, resultado das conquistas femininas no pós-guerra,

como os métodos contraceptivos, as tecnologias reprodutivas e os novos arranjos na economia familiar. "Pela primeira vez, o lugar da mulher não é mais preordenado, orquestrado pela ordem social e natural" (Lipovetsky, 2000, p.12).

Contemporaneamente, a partir do ano 2000, a democratização do acesso às tecnologias de comunicação no Brasil trouxe importantes mudanças na estrutura social. Para Carvalho (2010), a maternidade tornou-se uma opção entre outras e as mulheres passaram a ter uma participação cada vez mais efetiva na esfera pública. A internet, como ferramenta de distribuição social de poder, surgiu como um local onde as mulheres podem dizer sobre si e serem ouvidas, ressignificando e construindo novos traços identitários do feminino e do materno.

Sobre a mulher contemporânea, Lipovetsky (2000) ressalta que há na atualidade um novo modelo de orientar o destino social do feminino, caracterizado por sua autonomia nas significações no imaginário social. Ainda para este autor, essa ruptura histórica não coincidirá com o desaparecimento das desigualdades entre os sexos. Considerando que tudo na existência do feminino "tornou-se escolha" (p.237), nenhuma atividade está restrita especificamente às mulheres, pois nada mais fixa imperativamente seu lugar na ordem social, podendo assim como os homens, definir e inventar inteiramente a sua própria vida. Dentro dessa perspectiva de livre posse de si, a maternidade torna-se então, não mais um destino natural e certo, mas uma marca identitária importante do feminino.

Para Fidalgo (2003) a forma como as mulheres enxergam a si próprias e como mães está intimamente alicerçada às circunstâncias históricas e ideológicas nas quais a identidade materna se desenvolveu, mais do que em qualquer outra característica intrínseca à condição materna. Elizabeth Badinter, em "O conflito: a mãe e a mulher", (2011) novamente questiona os papéis estimulados e esperados das mulheres e principalmente das mães contemporâneas. Para a autora o conflito se encontra num retorno da maternidade à naturalização dos cuidados maternos onde a mãe é a única capaz de acolher

as necessidades do bebê. As maternidades ecológicas ou maternidades naturalistas, segundo a autora configuram uma nova forma de opressão feminina, sobrecarregando as mulheres que se encontram divididas entre o exercício dos direitos conquistados e o retorno ao lar e aos cuidados exclusivos da prole, sobrecarregando as mulheres e mais uma vez as retirando da vida social, as culpabilizando por não estarem integralmente conectadas às demandas de seus filhos.

A maternidade é altamente valorizada e, simbolicamente, por muito tempo foi entendida como a única chave para a emancipação da mulher da infância para a vida adulta. Mesmo tendo esse valor ímpar, atualmente encontramos nos discursos sociais pouca ou quase nenhuma empatia às reais necessidades das mães enquanto cidadãs. Embora existam, são poucas e ineficientes as políticas públicas que efetivamente cuidam das necessidades particulares das mulheres durante o período em que estão procriando e cuidando de sua prole.

A ambivalência de posicionamentos acerca dos exercícios da maternidade é comum e encontrada em todo o desenvolvimento da espécie humana. Como dito anteriormente, a maternidade não é uma categoria universal e imutável: ela sofre diretamente as interferências sociais, econômicas, políticas, familiares. Porém, a construção do exercício da maternidade está intimamente ligada aos aspectos íntimos de cada mulher. Ainda assim, convém ressaltar que esses recebem influência direta do meio social onde esta mulher se inscreve e quanto maior for a dificuldade do exercício de autonomia e acesso a direitos, mais fragmentada será a forma de maternagem.

REFERÊNCIAS

Ariès, P. (1981). **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Zahar.

Bachofen, J. J. (1992). **Myth, religion and mother right**. New Jersey: Princeton University Press.

Badinter, E. (1990). **Um amor conquistado: O mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Badinter, E. (2011). **O conflito: a mãe e a mulher**. São Paulo: Record

Bassin, D., Honey, D., & Kaplan, M. (1994). **Representations of motherhood**. New Haven: Routledge.

Beauvoir, S. (2016). **O segundo sexo: a experiência vivida**. Volume 3° edição. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Birkested-Breen, D. (1986). **The experience of having a baby: a development view**. Free Association, 4, 22-35.

Birman, J. (1999). O corpo, o afeto e a intensidade em psicanálise. Em: **A psicanálise e as novas formas de subjetivação: Mal-estar na atualidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Bonnet, C. (1990). **Gest d´amour.L´accouchement sous X**. Paris: Ed. Odile Jacob.

Bowlby, J. (2006). **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo. Martins Fontes.

Briffault, R. (1974). **Las madres: la mujer desde el matriarcado hasta la sociedade moderna**. Buenos Aires: Siglo XX.

Carvalho, C. S. (2010). Maternidade, identidade feminina e relações de gênero na cibercultura. Em **Anais do Congresso Internacional de História e Patrimônio Cultural**. Teresina: Educar: artes e ofícios.

Chodorow. N. (1990). **Psicanálise da maternidade: uma crítica a Freud a partir da mulher**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.

Cixous, H., & Clemente, C. (1987). **The newly born woman**. Minneapolis: University of Minnessotta Press.

Correia, M. J. (1998). Sobre a maternidade. **Análise Psicológica, 16**(3), 365-371.

Deutsch, H. (1951). **La psicología de la mujer**. Buenos Aires: Losada.

Donzelot, J. (1986). **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Graal.

Duby, G., & Perrot, M. (1992). **Imagem da Mulher**. Porto: Edições afrontamento.

Fidalgo, L. (2003). **(Re)construir a maternidade numa perspectiva discursiva**. Lisboa: Editora Piaget.

Giddens, A. (1993). **A transformação da intimidade**. São Paulo: UNESP.

Irigary. L. (1985). **This sex which is not one**. Ithaca: Cornell University Press.

Kaplan, E.A. (1992). **Motherhood and Representation: the mother in popular culture and melodrama**. London: Routledge.

Kitzinger, S. (2007). **Mães: um estudo antropológico da maternidade**. Lisboa: Editora Presença.

Klein, M. (1996). **Amor, culpa e reparação**. Rio de Janeiro. Imago.

Kristeva, J. (1986). Stabat mater. Em T. Moi (Ed.), **The Kristeva Reader** (pp.160-186). Oxford. Blackwell. (Trabalho original publicado em 1977).

Lipovetsky. G (2000). **A terceira mulher: permanência e revolução do feminino**. São Paulo: Cia das Letras.

Malinowski, B. (1973). **Sexo e repressão na sociedade selvagem**. Petrópolis: Vozes.

Nader, M. B. (2001). **Mulher: do destino biológico ao destino social**. Vitória: EDUFES.

Neri, R. (2005). **A psicanálise e o feminino: um horizonte da modernidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Ribeiro, M. (1990). **Temas em etnologia – Maternidade**. Lisboa: Livros Horizonte.

Rousseau, J. J. (2004). **Emílio ou da educação**. São Paulo: Martins Fontes.

Rubin, G. (1984). **Pensando no sexo: notas para uma teoria radical da política da sexualidade**. Disponível em https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/1229/rubin_pensando_o_sexo.pdf?sequence=1.

Sau, V. (2000). **Dicionario ideológico feminista**. Barcelona. Icaria.

Scott, J. W. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade, 20**(2), 71-99.

Stevens, C. (2005). Ressignficando a maternidade: psicanálise e literatura. **Gênero, 5**(2), 65-79.

Théabaud, F. (1986). **Quand nos grand-mères donnaient la vie: la maternité en France dans l'entre-deux-guerres**. Lyon: PUL.

Thurer, S. (1994). **The myths of motherhood-how culture reinvente the good mother**. New York: Penguin Books.

Winnicott, D. W. (2006). **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes.

Yalom, M. (1997). **A história do seio**. Lisboa: Teorema.

Capítulo 9

A mídia, a produção de subjetividades serializadas e o cuidado com o corpo grávido

Monalisa Nascimento Santos Barros
Andrea dos Santos Nascimento

Tateando entre os modos de ver a gestação, abordaremos, a seguir, a produção impressa da mídia acerca do corpo gravídico. A mídia é um dos *locus* de materialização de práticas discursivas sobre o corpo. As revistas femininas são, hoje, uma importante fonte de divulgação de informações sobre a gestação e o parto. Estas revistas, sob a aura de matérias meramente informativas e abertas à diversidade do público consumidor, (re)produzem modos de subjetivação e

objetivação homogeneizantes que se querem hegemônicos no que diz respeito ao processo de parir, suas características e possibilidades. Não é incomum percebermos nas matérias publicadas sobre a experiência do parto uma associação entre pobreza e falta de acesso à tecnologia e entre nível socioeconômico alto e acesso à tecnologia implicando, no primeiro caso, em parto normal violento e, no segundo caso, em cesariana eletiva.

Cafferata et al. (2009) lideraram uma pesquisa que avaliou a veracidade e o equilíbrio das informações sobre parto, seja ele normal ou cirúrgico, veiculadas, nos últimos 20 anos, em 15 revistas femininas brasileiras. A maioria das 225 matérias analisadas enfatizava os potenciais benefícios da cesárea e 67% dos artigos não mencionavam qualquer risco. Muitas matérias descreviam experiências positivas de atrizes com a cesárea, o que nos possibilita pensar a associação destas experiências como suporte de enunciados articulados a estratégias de poder que se voltam para o corpo da mulher e multiplicam técnicas e procedimentos disciplinares devidamente validados pela suposição do atingível padrão de vida e beleza das atrizes.

A imprensa se apresenta para os usuários como um "conselho de quem entende" e tem como guia a racionalidade técnica esclarecida e o direito de escolha. A crença na existência da concorrência e na liberdade de escolha são componentes essenciais na ordem capitalista e, no mercado de consumo da gestação e parto, não é diferente. Na lógica de consumo dos serviços obstétricos, a tão propalada "escolha individual do usuário" se faz entre possibilidades já dadas pelo especialista do serviço, "isto ou aquilo". Portanto, a escolha é uma ilusão e, grande parte das vezes, é pré-fabricada, produzida e controlada, uma vez que não se trata de apenas uma escolha imutável, não deixando muito bem definida a compreensão para a gestante e seu/sua companheiro/a que, a longo prazo, o parto é consequência de um conjunto de fatores que propiciarão vivências diversas.

O estudo de Rocha (2006), "Cesárea na mídia impressa: o dito e o não dito", referente às indicações explícitas e implícitas em matérias

sobre a cesárea publicadas em uma revista brasileira de grande circulação, concluiu que a maioria das matérias apresenta a cesárea como a única solução para grande parte dos problemas relacionados ao parto e ao nascimento. As vantagens da cesárea podem ser claramente inferidas nas matérias estudadas nas quais há o entendimento da indicação do uso de tecnologias como modo padrão, o reforço do poder do profissional médico sobre o desfecho da gravidez e da condição da mulher que, enquanto paciente, deve se submeter ao poder do conhecimento profissional deixando explícito, em alguns momentos, que a cesárea é o procedimento de menor risco para a mulher. Além da omissão de esclarecimentos sobre as possíveis complicações da cesárea para a mulher e o filho, há a produção de uma preocupação estética com o corpo na escolha do procedimento.

A imprensa oficial, em seus exercícios de poder e dominação, veicula e produz saberes sobre o corpo que se tornam poder sobre o corpo. Pois, "não há biopoder – ou poder sobre a vida – que não seja também o poder de um tipo de vida sobre outro, pois o poder nada é fora de seu exercício sobre a vida, exercido também por intermédio de vidas" (Fuganti, 2007, p. 131). O biopoder é, hoje, claramente exercido pela mídia, incluindo a propaganda e o marketing, de forma a tornar socialmente desejável, por uma questão de inserção ou de status, consumir tal ou qual tecnologia com a promessa de gozo no consumo.

"Prevalece a tendência, na grande imprensa, de simplificar os discursos, através da escolha da mesma gama de fontes e de um processo de espetacularização da notícia, que no seu limite, tende a criar ou recriar a realidade dos fatos" (Marques, 2006, p. 58). Contudo, é importante sinalizar que o fato de algumas instâncias serem vistas didaticamente como "suportes" de enunciados, elas não podem ser entendidas de modo linear e simplista: porque a mulher deve ser bela e jovem, criam-se academias ou especialidades médicas e, através destas, o projeto se realizaria. O discurso está em constante transformação por "exercitar-se" sem limitação de espaços e, tais lugares, por

sua vez, não são sempre os mesmos, desde que os sujeitos e as instituições se reconhecem neste discurso.

Foucault (1986; 1995), em seus estudos sobre o discurso, explicita a íntima relação entre discurso e poder bem como as várias e complexas formas de investigar as "coisas ditas". Para ele, toda formação discursiva diz respeito a:

> [...] um feixe complexo de relações que funcionam como regra: ele prescreve o que deve ser correlacionado em uma prática discursiva, para que esta se refira a tal ou qual objeto, para que empregue tal ou qual enunciação, para que utilize tal conceito, para que organize tal ou qual estratégia. Definir em sua individualidade singular um sistema de formação é, assim, caracterizar um discurso ou um grupo de enunciados pela regularidade de uma prática (Foucault, 1986, p. 82).

Este modo de entender o discurso implica apreendê-lo como prática datada, como um feixe de relações nas quais há a inexistência de estruturas permanentes, responsáveis pela constituição da realidade (Dreyfus & Rabinow, 1984). Esta apreensão nos desloca da busca por uma verdade escondida por "trás" do dito, dos significantes, das explicações unívocas e simplistas e nos convoca a analisar as enunciações e as relações como práticas que o próprio discurso põe em funcionamento: relações históricas, políticas, econômicas, instituições, disciplinas, práticas muito concretas vivificadas e estilizadas nos discursos.

Os sites e revistas se apresentam como agentes que organizam e reúnem "todas" as informações relevantes acerca do assunto, além de venderem a ideia de possibilitarem que consumidores organizados possam ajudar uns aos outros. Esta enunciação traz consigo a fala de diversas instituições e sujeitos como veículo de divulgação e circulação dos discursos considerados "verdadeiros" em nossa sociedade. Porém, também se impõe como criadora de um discurso próprio, por

meio de variações, recriações, transformações, analogias e adaptações de enunciados distintos, em direção a um novo discurso com características próprias. Proliferam revistas sobre maternidade, sites sobre maternidade ativa, blogs de mulheres e mães contando suas experiências e se colocando à disposição para interagirem entre si. A sugestão é a de que, transformadas em clientes, as mulheres se tornariam mais ativas do que passivas. Tais práticas, nesta relação necessária entre o discursivo e o não discursivo, certamente não existiriam sem as revistas, sem a televisão, sem a publicidade – também não existiriam sem as academias de ginástica, a indústria da moda – e estão relacionadas às lutas das mulheres em torno de uma série de conquistas: descriminalização do aborto, exercício de funções públicas e políticas.

De forma a apresentar um exemplo do discurso da mídia sobre o tema, para este capítulo de discussão, foram pesquisadas três revistas brasileiras publicadas entre 2010 e 2012, a saber: Época, Caras e Marie Claire, conforme o que veiculavam dos seus conteúdos na internet. A forma como os temas da gestação, parto e nascimento aparecem em cada uma delas é bastante diferente, mas igualmente importantes para verificarmos o tipo de informação que se propõem a veicular como enunciados de verdades que se querem universais, para tanto, ficaremos com o que essas revistas trazem a respeito do corpo feminino.

Na *Revista Caras*, o tema do parto só aparece nas matérias quando é para comunicar o nascimento do filho de alguma celebridade. O foco é a novidade, a composição familiar ou a apresentação do bebê à sociedade. *Há uma ênfase na rápida recuperação física da mãe, na forma do parto*, no peso do bebê ao nascer, na alta hospitalar, nas lembranças distribuídas e nas visitas recebidas.

Na *Revista Época*, as matérias que envolveram gestação, parto ou nascimento estavam restritas a denúncias de situações de violações éticas, de falta de infraestrutura do SUS ou sobre movimentos sociais que se manifestaram frente a situações de recuo referentes a conquistas já efetivadas, como foi o caso da proibição, pelo Conselho Regional de Medicina (CRM) do Rio de Janeiro, de o médico prover assistência ao

parto domiciliar. *Na seção Sociedade, as informações contidas equivalem às informações encontradas na Revista Caras, mas em número bem menor.*

Na *Revista Marie Claire* houve poucas matérias sobre parto. Quando encontradas, eram para descrever algum ritual excêntrico em alguma parte do mundo ou *para dar dicas de beleza e de retorno à boa forma.*

Ou seja, nas três revistas pesquisadas, o retorno a "boa forma" é encontrado como uma prática "universal". O corpo não pode exceder a um limite de peso. Esse assujeitamento se vê às voltas com práticas do poder disciplinar e de controle e "esbarra" na potência da vida para ultrapassar as normatizações através da invenção de processos de singularização. Afinal, qualquer reação ou resistência contra uma relação de poder se dá, sempre, a partir de dentro das redes de poder, em um embate de forças: onde há poder, há resistência, de maneira que todo e qualquer lugar social pode ser palco da resistência a partir de estratégias distintas.

A questão é que é preciso compreender de que forma chegamos a essa vivência e padronização do corpo grávido. A partir do século XIX observou-se um cuidado maior com o corpo da mulher gestante (Yalom, 1997), um cuidado centrado na mãe, sobre seu corpo, no sentido de assegurar o que é melhor para o bebê. A esse corpo muitas expectativas são direcionadas, é exigido pela medicina, psicologia, enfermagem, nutrição, educação física, que essa mulher tenha uma saúde perfeita, segundo padrões que são determinados pela mídia (Fischer, 2002) e pelas ciências (Forna, 1999).

Gestantes precisam vigiar e têm seus corpos vigiados constantemente, tal como já afirmava Foucault (1999) acerca do quanto a sociedade moderna investe nas intervenções dos saberes acerca dos corpos. Há uma "administração" dos corpos, seja por meio da biopolítica (nível macrossocial) ou pelo biopoder (nível microssocial), vida e corpo saudável possuem, para o autor, valor político e econômico. O título de "mãe", por exemplo, foi se tornando uma "honra ao mérito", uma vez que a mulher cumpre "seu destino", e com louvor, caso gere um feto saudável (Schwengber, 2006).

O que nos resta saber é: onde fica então o prazer de cuidar de si, tal como afirmava Foucault (1999)? Que cuidar de si é esse que determina às gestantes manterem uma dieta alimentar e de exercícios regulares de forma a engordarem apenas de 11 a 13 quilos? Essa é a única e pertinente atenção que se deve voltar ao corpo da mulher grávida? Há um tipo de representação ideal do corpo grávido feminino que, em vigor, demonstra uma realidade nem sempre alcançada e muito distante da realidade e das possibilidades de milhares de mulheres em diferentes extratos sociais.

Na década de 1960, a atriz Leila Diniz exibiu sua gravidez em uma praia no Rio de Janeiro. Rapidamente tornou-se destaque na mídia nacional e internacional. Leila não posou nas fotos de forma tradicionalmente esperada, como uma mulher que estava a proteger sua barriga, mas ao contrário, estava a exibi-la, e com a "barriga de fora" (escândalo para época), a visão que se esperava na época daquela mãe que deveria ser discreta e zelosa colocava em cheque costumes, mitos e os romantismos acerca da sexualidade da mulher e da gestação.

Schwengber (2006), ao analisar a revista *Pais e Filhos*, destaca todas as modificações sofridas no modo de perceber e controlar as práticas corporais, principalmente os exercícios físicos para gestantes. Em 1974, a revista *Pais e Filhos* discutiu acerca dos benefícios dos exercícios físicos na gravidez (Schwengber, 2006), o que naquela época era sinal de muita modernidade e que apareceu como uma prática de conservação da saúde. A lógica é de valorização com o outro (o ser gerado), muito mais do que a lógica de culto ao corpo. O descuido com o corpo grávido para se equiparava a própria negligência com o bebê. Destaca a autora as controvérsias que ainda existem acerca da prática do ciclismo por gestantes, uma vez que não fica claro se a preocupação da Medicina é com a saúde ou com "o risco que essa prática representava à manutenção do controle da mulher, na medida em que despertava suas ambições de liberdade" (p.124).

A autora destaca ainda como o ideal contemporâneo de saúde, trouxe a positivação do corpo musculoso para as mulheres. O corpo

grávido deve estar "enxuto, compacto e firme, sem excesso de gordura" (Schwengber, 2006, p.155), garantindo a essa mãe, um aspecto saudável, ao mesmo tempo em que pode ser sensual. Esse fato defende a autora, também está relacionado aos cuidados estéticos que as mulheres precisam estar atentas e que redirecionam os olhares para corpos grávidos que não provoquem repulsas. Não apenas o aumento do peso deve ser evitado, mas as manchas próprias das questões hormonais, o aparecimento das estrias, flacidez e cicatrizes. As marcas da gravidez precisam ser controladas, e, em último caso, apagadas. Afirma a autora que "... um corpo grávido malhado (trabalhado), esbelto, longilíneo, significa determinação, força de vontade, poder de sedução (mesmo grávido)" (Schwengber, 2006, p.180). Novamente, algo muito distante para muitas mulheres em diferentes contextos e camadas sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Annemarie Mol (2008), ao discutir sobre cuidado em saúde e a relação direta que isso mantém com as discussões sobre escolha do paciente, destaca dois tipos de lógica existentes: uma lógica de escolha individual, fartamente celebrada como ideal e vinculada à noção de mercado ou de exercício de cidadania e, por outro lado, uma lógica do cuidado. Se a assistência pode ser escolhida, adquirida, comprada, deverá seguir a demanda do usuário ao invés de estar dirigida para o cuidado como ato de estar em relação com algo ou alguém priorizando a construção de vínculo.

A sugestão do mercado é que, como um consumidor, você é mais ativo do que passivo. Tudo depende do que você quiser e escolher. O consumidor controla a demanda. O cliente é quem decide, mas ele é deixado sozinho: o mercado alerta para as opções, mas a escolha deve ser dele! É neste vazio de ser deixada sozinha na escolha do desfecho de uma gestação que ela vivencia como expectadora e em que o parto normal é apresentado como opção associada à dor e aos riscos para o feto, que a mulher é convocada a fazer a sua "escolha". Talvez seja

aí que a "escolha" prévia pela cesárea aconteça, como uma saída para a ausência de suporte social, do aumento da insegurança, da desvinculação com a experiência vivida e suas afecções.

Em contraste, a lógica do cuidado é interativa, um processo construído e reconstruído em sintonia com as singularidades das situações. Na lógica do cuidado, importa proporcionar um meio criador de novos modos de estar no mundo, não importa o que as pessoas querem ou sabem individualmente (MOL, 2008).

> Cuidado é um processo que não tem fronteiras rígidas, é sem fim. Não é uma questão de tamanho, o que não significa que o processo de cuidado é maior, mais abrangente, que os dispositivos e as actividades que fazem parte do mesmo. Em vez disso, é uma questão de tempo. Para a lógica do cuidado, isto não é um produto (pequeno ou grande), que muda de mãos, mas é responsabilidade de várias mãos trabalhando em conjunto (com o tempo) em direção a um resultado. Cuidado não é uma operação na qual alguma coisa é trocada (um produto por um preço), mas uma interação em que a ação vai e volta (em um processo contínuo) (Mol, 2008, p. 21).

O processo de cuidado envolve uma equipe (de profissionais, máquinas, corpos, pacientes e outros) e as tarefas são divididas entre os membros desta equipe, constantemente e de diversas maneiras. O que se considera bom ou ruim não é claro ou fixo, está em relação de imanência com o plano dos encontros e das singularidades das situações. No plano de imanência, o processo é de coprodução e acoplamento e é em meio à experiência que afirmamos e ativamos as potências para agir ou nos separar delas, a partir das afecções que nos acometem na heterogeneidade dos encontros com outros corpos.

Então, qual poderia ser o modo de oferta desse cuidado? Provavelmente, um modo que contemplasse a possibilidade de um saber construído coletivamente, com participação de todos os envolvidos

– gestante, profissionais de saúde, família – e que privilegiasse um cuidado singularizado. Não reivindicamos uma correlação entre produção de saúde e quantidade de informação. Sabemos que as informações, a apropriação de conhecimentos técnico-científicos não é suficiente para mudar uma prática. Mas reconhecemos a potência das informações quando vem conjugada com ações de formação problematizadoras das ocorrências e conhecimentos, com um cuidado que se efetive em meio ao compartilhamento de experiências.

O dualismo entre mulher de verdade (aquela que enfrenta o processo de parir) X mulher antenada (aquela que adere as novas tecnologias) indica que a produção de binarização/oposição se modula nas práticas de poder, em seu exercício de produzir normas para os modos de gerir, sentir e afirmar a existência. O poder é molecular, ondulante, rizomático, acentrado e incide sobre os nossos modos de perceber, sentir, amar e pensar, como nos diz Pelbart (2006). Nessa batalha, em meio às relações e práticas de poder e controle, sempre haverá formas de escape e de resistência.

REFERÊNCIAS

Cafferata, M. et al. (2009). Information on caesarean delivery provided in Brazilian women's magazines. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, 107 (suppl. 2), S267.

Dreyfus, H.; & Rabinow, P. (1984). **Michel Foucault: un parcours philosophique: au-delà de l'objectivité et de la subjectivité**. Paris: Gallimard.

Fischer, R.M.B. (1999). Mídia e Educação da mulher: modos de enunciar o feminino na TV. In: A. Forna (Org.). **Mãe de todos os mitos: como a sociedade modela e reprime as mães**. Rio de Janeiro: Ediouro.

Forna, A. (1999). **Mãe de todos os mitos: Como a sociedade modela e reprime as mães**. Rio de Janeiro, RJ: Ediouro.

Foucault, M. (1986). **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense.

Foucault, M. (1989). **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal.

Foucault, M. (1995). **O nascimento da clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Fuganti, L. (2007). Biopoder nas políticas de saúde e desmedicalização da vida. In: Comissão de Direitos Humanos do CRP-05 (Org.). **Direitos humanos? O que temos a ver com isso?** (pp. 129-136). Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia.

Marques, F. C. (2006). Uma reflexão sobre a espetacularização da imprensa. In: C. N. P. Coelho & V. J. Castro (Org.). **Comunicação e sociedade do espetáculo**. São Paulo: Paulus.

Mol, A. (2008). **The logic of care: health and the problem of patient choice**. New York: Routledge.

Pelbart, P.P. (2007). Vida nua, vida besta, uma vida. **Trópico**, 1-5.

Rocha, T. A. et al. (2006). Cesárea na mídia impressa: o dito e o não dito. **Online Brazilian Journal of Nursing**, 5 (1).

Schwengber, M.S.V. (2006). **Donas de si? A educação de corpos grávidos no contexto da Pais e Filhos**. Tese de Doutorado em Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Yalom, M. (1997). **A história do seio**. Lisboa: Teorema.

Capítulo 10

Desafios na trajetória para maternidade: aspectos físicos e psicológicos da infertilidade

Ana Cristina Barros Cunha
Livia Maria Maulaz Freitas

A gravidez é um sonho que muitos casais compartilham e que se sustenta nas representações de mulheres e homens sobre a maternidade/paternidade. A realização desse sonho por vezes é parte importante da vida do casal e, muitas vezes, também é considerado como um momento chave da relação, ou seja, o que faltava para a construção do "projeto de família". No entanto, realizar esse sonho nem sempre é fácil, especialmente para aqueles casais que se deparam

com a infertilidade. Infelizmente, mundialmente o número de casais inférteis não é pequeno. Devido à alta incidência de casais inférteis, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a considerar, a partir de 1975, que a infertilidade é um problema de saúde pública. Diante desse quadro, a OMS lançou em 2007 um manual que sistematiza informações sobre infertilidade a fim de orientar e conscientizar profissionais da saúde para a atenção a este fenômeno global que atinge cerca de 15% dos casais no mundo (OMS, 2007). Com base neste material, que é baseado em estudos científicos sobre o tema, são definidos aspectos do diagnóstico da infertilidade, assim como o tempo para que um casal seja considerado infértil.

Atualmente a OMS defende o período de 12 meses de relação sexual frequente e desprotegida como prazo para se diagnosticar um casal como infértil, já que antes do fim desse período 85% dos casais férteis conseguem engravidar (OMS, 2007). Isto foi particularmente importante para a assistência e prática clínica de tratamento da infertilidade, que deve ser iniciado o mais rápido possível (Larsen, 2005). O diagnóstico do tipo de infertilidade (se de causa primária ou secundária), assim como da sua origem (se feminina, masculina ou indefinida) é fundamental para a assistência aos casais inférteis. Entretanto, independente da origem ou do tipo da infertilidade, ela é um problema do casal. Diante da alta incidência de casais que apresentam algum tipo de dificuldade para engravidar, os sistemas de saúde nacionais, tanto no âmbito público como privado, têm se preocupado bastante com o assunto e todas estas diretrizes propostas para atenção aos casais inférteis visam permitir um diagnóstico o mais precoce possível e direcionado para facilitar o processo de tratamento e de realização do desejo pela maternidade/paternidade.

Apesar destes números alarmantes, ainda existe muita dificuldade em abordar o tema da infertilidade, assim como discutir a gravidade dessa situação. Particularmente no âmbito da saúde pública, isto é reflexo da informação limitada que os profissionais de saúde que prestam assistência a esses casais têm acesso, assim como de uma

assistência pública inteiramente limitada e escassa, apesar da alta demanda (Corrêa & Loyola, 2015; Makuch, Petta, Osis & Bahamondes, 2010). Em contrapartida, os serviços de saúde no âmbito privado para tratamento de casos de infertilidade crescem no país. Esses serviços privados dispõem de recursos mais adequados às particularidades de cada caso e contam com custos extraordinariamente altos. Assim, no âmbito privado os casais inférteis com recursos financeiros se deparam com serviços de maior disponibilidade, ainda que bastante onerosos. Com poucas alternativas disponíveis, os casais de baixa renda acabam por se submeterem aos recursos disponibilizados pelo serviço público ou acabam por desistir de enfrentar mais este desafio na trajetória rumo à construção do seu "projeto de família". Nessa trajetória, os casais inférteis se diferenciam principalmente pela disponibilidade financeira para concretizar seu sonho de engravidar.

Por outro lado, é importante considerar que nenhum tratamento disponível possui garantia total de eficácia. O sucesso de cada tratamento que o casal é submetido irá depender de muitos detalhes, especialmente o tipo de diagnóstico da causa da infertilidade e a idade do casal. Ainda, não podem ser negligenciados os aspectos psicológicos do problema, já que a infertilidade pode desencadear, por vezes, uma crise na vida do casal que afeta as dimensões física, psíquica, emocional e sociocultural, principalmente quando a decisão pelo exercício da maternidade/paternidade representa parte fundamental na vida deles (Badalotti, 2010; Menezes & Lopes, 2007). Atualmente as ciências médicas oferecem recursos bastante avançados para estes casais por meio de procedimentos, ainda que de alto custo, como o da fertilização *in vitro*[4]. Muitos casais, após esgotarem suas tentativas com tratamentos medicamentosos e outras intervenções médicas, optam pela fertilização por meios não naturais como última possibilidade

4 Fertilização *in vitro*: processo de retirada do óvulo da mulher em que, utilizando o espermatozoide, é possível realizar a fecundação fora do corpo humano, devolvendo-o ao útero para uma gestação, 2 a 6 dias mais tarde.

para engravidar. Apesar de ser um tratamento avançado e facilitador nesses casos, ainda é um recurso com falhas e alguns casais acabam por não conseguirem o resultado desejado (Montagnini, Blay, Novo, Freitas & Cedenho, 2009), mesmo diante do grande investimento financeiro e emocional.

Diante disso podemos perceber que o caminho trilhado por casais inférteis à procura de solução para o "pesadelo da infertilidade" e a realização do "sonho da gravidez" é difícil e de muitas incertezas. Além dos problemas físicos que limitam o casal, eles também enfrentam dilemas caracterizados pelos diferentes aspectos psicológicos que permeiam essa trajetória e influenciam diretamente o tratamento da infertilidade. A busca pela gravidez não é um processo fácil para casais inférteis, que precisam a aprender a lidar com seu desejo, por vezes temporariamente ou até definitivamente, de ter filhos biológicos. Considerando que engravidar é um projeto de realização pessoal, que inclui aceitação social, religiosa, ajustamento psicológico e da identidade sexual, perseguir este projeto pode ser uma meta para homens e mulheres pautada na representação da fertilidade como uma função humana básica, mas que nem sempre se realiza para todos de forma natural.

LIDANDO COM UM PROBLEMA REAL: ASPECTOS FÍSICOS DA INFERTILIDADE

Geralmente os casais procuram por tratamento quando não conseguiram engravidar por meios naturais depois de muitas tentativas. Apesar das orientações da OMS quanto ao tempo de 12 meses para o diagnóstico da infertilidade, muitos casais demoram 2 anos ou mais para procurar por tratamento (Gradvohl, Osis, & Makuch, 2013). Essa demora na procura por tratamento acaba por dificultar o diagnóstico da causa da infertilidade e, por consequência, também dificulta o tratamento.

Como já dito anteriormente, a infertilidade pode ser do tipo primária ou secundária. Considera-se a infertilidade como primária quando existe uma incapacidade inicial de engravidar, enquanto a secundária é caracterizada pela dificuldade de concepção para uma segunda gravidez. Segundo Mascarenhas, Flaxman, Boerma, Vanderpoel e Stevens (2012), a causa da infertilidade, se primária ou secundária, varia entre países mais pobres e mais ricos, ainda que a infertilidade primária seja mais baixa do que a secundária em países mais pobres. No contexto atual, com novas demandas para atender as expectativas socioeconômicas e questões contemporâneas, tem sido observado um aumento dos diagnósticos da infertilidade. Esse aumento está relacionado a uma tendência moderna de se postergar o momento de ter filhos. A escolha por uma parentalidade tardia tem sido recorrente em países em desenvolvimento (OMS, 2007), quando os casais adiam cada vez mais a decisão de engravidar, muitas vezes pela necessidade de se obter sucesso profissional antes de se realizar o "projeto de família". Casais ocidentais tendem a retardar a gravidez pela preocupação em ter estabilidade financeira, fator importante que faz com que muitos casais demorem a decidir por ter filhos (Travassos-Rodriguez & Féres-Carneiro, 2013). Contudo, quanto mais tardio o diagnóstico da infertilidade, menores são as chances de reverter o problema, principalmente em mulheres acima de 35 anos que passam também a serem consideradas gestantes de risco (Gonçalves & Monteiro, 2012; Utting & Bewley, 2011).

Igualmente, as causas da infertilidade do casal podem ser diversas, podendo ser de origem feminina, masculina ou indefinida. A infertilidade de causa indefinida é aquela que se caracteriza pela ausência de um diagnóstico conclusivo e ocorre em 10% dos casos (Mascarenhas et al., 2012). Nesses casos, devido à dificuldade de se concluir sobre as causas da infertilidade, as possibilidades de tratamento são mais complexas e inicialmente difíceis de serem definidas. No caso da infertilidade de causa masculina, que acomete 10% dos casais já diagnosticados (Mascarenhas et al, 2012), seu diagnóstico, que ocorre por

meio de procedimentos de investigação clínica e laboratorial, conduz mais rapidamente a escolha pelo tipo de tratamento mais adequado. Para o diagnóstico deste tipo de infertilidade são adotados procedimentos pouco invasivos ou dolorosos, diferente do diagnóstico da infertilidade de causa feminina. Através de anamnese, exames físicos clínicos e laboratoriais, como a análise seminal e hormonal, a ultrassonografia testicular, a análise da estrutura da cromatina espermática e um exame de urina pós-ejaculação é possível diagnosticar se a infertilidade é de causa masculina (Oliveira, Santos, Santos, Barreto, & Santos, 2013). A análise seminal, geralmente, é uma das primeiras análises realizadas para identificar as causas da infertilidade masculina, sendo o espermograma um dos principais exames utilizados. Para muitos casos existe a possibilidade de tratamento e o espermograma possibilita identificar particularidades da causa da infertilidade que permitem traçar um tratamento imediato. Essa avaliação é feita de acordo com as diretrizes da OMS, que disponibiliza edições revisadas e atualizadas sobre o assunto a fim de direcionar o diagnóstico de forma mais eficaz (WHO, 2010). Já a infertilidade de causa feminina, cuja estimativa em 2010 era de 1,9% de mulheres inférteis com idades entre 20 a 44 anos de idade com dificuldade de engravidarem pela primeira vez (infertilidade primária) e 10,5% com dificuldades para uma segunda gravidez (infertilidade secundária) (Mascarenhas, et al., 2012), é a causa mais recorrente entre os casais inférteis. Casos de infertilidade de causa feminina trazem para o casal, e especialmente para a mulher, a vivência de intenso sofrimento devido aos tratamentos invasivos a que a mulher tem que se submeter. O processo de diagnóstico da infertilidade feminina tem como consequência mudanças de humor, ganho de peso e sintomas decorrentes dos medicamentos e cirurgias adotadas para diagnóstico e tratamento (Antunes, Ferreira, & Duarte, 2013). Importante ressaltar que abortos espontâneos e natimortos também podem ser considerados como outra forma de infertilidade pela OMS (2007).

De modo geral, doenças infecciosas são as mais comuns entre as causas de infertilidade entre os casais. Tais doenças, quando não tratadas, podem prejudicar o sistema reprodutor de homens e mulheres. O envelhecimento também aparece como uma causa importante, especialmente entre mulheres. Pesquisas indicam que a idade média de casais que procuram os serviços de tratamento para infertilidade é superior a 30 anos. Nessa idade, as mulheres já enfrentam a diminuição da taxa de fertilidade, o que pode se agravar após os 40 anos. A obstrução das tropas de Falópio e não-ovulação estão entre as causas naturais mais comuns da infertilidade feminina. A infertilidade feminina também aparece como sintoma de doenças do sistema reprodutor feminino, como a Síndrome do Ovário Policístico e a Endometriose, por exemplo. Já para os homens, o declínio na produção dos espermatozoides, que também tende a ficar prejudicada com o avanço da idade, tem sido considerada a causa mais comum da infertilidade masculina.

Considerando que para cada casal haverá um processo de investigação da infertilidade com adoção de procedimentos específicos para avaliar as causas e as possibilidades de tratamento, devem ser adotadas medidas de atenção à saúde reprodutiva de homens e mulheres sob um enfoque tanto interventivo quanto preventivo. A OMS recomenda que os profissionais de saúde adotem medidas de prevenção da infertilidade através de métodos de prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), por exemplo, especialmente em casos com histórico de DST. Além disso, a OMS orienta cuidado redobrado em situações que podem provocar infecções por procedimentos médicos, como aqueles que utilizam instrumentos que passam da vagina ao útero, como o DIU, por exemplo. Assim, a OMS chama a atenção para a prevenção da infertilidade por causas não-naturais, que não são incomuns e podem comprometer a gravidez do casal. Dentre estas causas destacam-se os procedimentos médicos decorrentes de parto ou aborto, que causam infecção e podem

provocar dificuldades na concepção e, consequentemente, resultar em infertilidade (OMS, 2007).

Durante a trajetória rumo ao sonho da maternidade/paternidade, o casal pode se submeter a diferentes tratamentos, alguns muito invasivos para as mulheres. Tratamentos para infertilidade, que podem ser clínicos ou cirúrgicos, trazem repercussões significativas para o casal, sobretudo quando são adotados procedimentos invasivos e dolorosos. De modo geral, estes tratamentos alteram totalmente a vida do casal, com reflexos na sua dinâmica conjugal e familiar. Eles passam a se envolver em rotinas de idas frequentes ao médico e de realização de exames recorrentes. As mulheres, na maioria das vezes, precisam ainda fazer tratamentos com medicamentos que alteram seu peso e que trazem como consequências alterações severas de humor devido às variações hormonais provocadas pela medicação. Tais variações afetam diretamente a qualidade de vida e de relação do casal (Faria, Grieco, & Barros, 2012).

Logo, a infertilidade é um fenômeno complexo e multifatorial que pode afetar para além da saúde física do casal, já que gera também sofrimento psicológico. O casal pode sofrer o impacto da infertilidade na sua saúde mental, especialmente pelo estigma presente nesta condição. Tanto para homens como para mulheres, a infertilidade pode repercutir negativamente, conferindo a eles a representação de alguém incompetente para gerar e exercer sua fertilidade e sexualidade. Enquanto para a mulher assumir-se como infértil é vivenciado com sofrimento e incerteza (Antunes et al., 2013), para o homem a infertilidade representa uma interdição à sua masculinidade, sobretudo quando existem dificuldades financeiras para custear o tratamento (Gameiro, Silva, & Canavarro, 2008; Gollemberg et al., 2010). Diante de tal realidade, é fundamental que se reconheça o impacto da infertilidade sobre o casal, seu relacionamento conjugal e sexual, assim como sua dinâmica de convivência com amigos e familiares, todos estes aspectos que têm efeitos sobre a saúde mental do homem e da mulher.

VIVÊNCIA SUBJETIVA DO CASAL E ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA INFERTILIDADE

A vivência da infertilidade é de tamanha complexidade que pode acarretar desequilibro psíquico significativo em ambos os membros do casal e seus efeitos negativos afetam tanto a esfera social quanto individual, diminuindo, assim, a qualidade de vida de ambos. Atualmente, estudos científicos possibilitaram o conhecimento sobre os diferentes aspectos da vida do casal que ficam comprometidos com a infertilidade (Faria et al., 2012; A. Oliveira, Granja, & Sousa, 2013). Desconhecia-se até pouco tempo atrás que estes casais vivenciavam altos níveis de ansiedade e de estresse, temas frequentemente estudados e discutidos entre os profissionais de saúde que abordam o tema na atualidade. Estresse e ansiedade são naturalmente observados em indivíduos diagnosticados com infertilidade e em seus parceiros(as), ainda que a incidência maior de estudos tenha se centrado em mulheres inférteis (Corrêa et al., 2007; Faria et al., 2012; A. Oliveira et al., 2013). Nestes casos, a ansiedade é descrita como um temor ao desconhecido que pode se manifestar no início do processo de busca pelo diagnóstico e ao longo do tratamento da infertilidade (Faria et al., 2012). Pesquisas consideram ainda que mulheres se sentem mais ansiosas do que homens frente à infertilidade (Donarelli, Kivlighan Junior, Allegra, & Lo Coco, 2016; Reis, Xavier, Coelho, & Montenegro, 2013; Taşkın, Usta, Cüce, Ardali, & Arslan, 2016).

A infertilidade expõe o casal a um conjunto de emoções negativas que são geradoras de estresse. Tanto homens como mulheres inférteis apresentam alto nível de estresse em aspectos relacionados aos relacionamentos sociais, conjugal e sexual, assim como nas questões relacionadas à maternidade/paternidade (Ferreira et al., 2014; Gradvohl et al., 2013). Longos períodos para cumprir os extensos protocolos de diagnóstico e de tratamento da infertilidade podem ser considerados estressores crônicos para estes casais, assim como o sucesso e insucesso dos métodos de fertilização, por exemplo, estão

intimamente associados ao aumento de ansiedade (Ferreira et al., 2014). Ambos, ansiedade e estresse, têm impacto na vida do casal infértil (Fleury et al., 2015), ainda que pesquisas tenham demonstrado que o estresse em níveis elevados representa maior dificuldade para o casal lidar com os procedimentos invasivos e os efeitos colaterais do tratamento. Para estas pesquisas, o estresse causa maior impacto emocional no relacionamento conjugal e resulta em sentimentos de medo sobre a formação fetal e aborto (Couto, 2011; Domar, Smith, Conboy, Iannone, & Alper, 2010). Embora os estudos não sejam unânimes sobre a relação entre estresse e aspectos biológicos e psicossociais relacionados à infertilidade, considera-se que ele pode influenciar o funcionamento reprodutivo feminino e masculino porque prejudicaria a fertilidade (Bhongade et al., 2014; Gollemberg et al., 2010; Moreira, Lima, Souza, & Azevedo, 2005; Moreira, Melo, Tomaz, & Azevedo, 2006).

De todo modo, sabe-se que a infertilidade afeta aspectos específicos da vida do casal, tanto no âmbito psíquico quanto no social, gerando, assim, dificuldades de ajustamento social, afastamento e isolamento da família e dificuldade na relação conjugal. Logo, a infertilidade é um fator de estresse na vida do casal produtor também de ansiedade (Morreale, Balon, & Tancer, 2010). A rotina de tratamentos, os efeitos dos medicamentos, as incertezas de sucesso, as preocupações financeiras e o estigma e pressão social próprias da condição de infertilidade estão entre os fatores mais estressores e marcantes dessa trajetória do casal. Com base nisso, configura-se um contexto de experiência para o casal que exigirá dele adotar estratégias para lidar com a infertilidade como um evento completamente imprevisível em suas vidas. Sentimentos como frustração, fracasso e decepção são comuns entre os casais diagnosticados e homens e mulheres lidam com tais sentimentos de maneiras diferentes. Pesquisas que investigam os aspectos psicológicos relacionados à infertilidade em homens inférteis ainda são escassos, especialmente no Brasil. De todo modo, sabe-se que a influência da infertilidade será marcada por questões de

gênero e aspectos da história de vida e da personalidade individuais, que refletem nas estratégias que cada um irá adotar para enfrentar e lidar com o estresse decorrente da infertilidade.

O contexto social e as redes de apoio formadas por familiares e amigos também influenciam diretamente na vida do casal infértil e na forma como eles enfrentarão o dilema da infertilidade. Geralmente a relação do casal com a família nestas situações se estabelece de forma disfuncional e se caracteriza por atitudes familiares de tensão emocional que geram desconforto para o casal. Sentimentos de fracasso e vergonha são reações próprias desta dinâmica de tensão, que por vezes molda a relação que o casal infértil estabelece com os seus pares mais íntimos com quem compartilham sua intimidade. A exposição da intimidade do casal pode trazer graves consequências para o processo de enfrentamento do casal, definindo a forma como eles irão lidar com a infertilidade (Batista, Bretones & Almeida, 2016). Muitos casais relatam possuir apoio social, porém a alta expectativa gerada pelos amigos e familiares os coloca sob estresse. Segundo Batista et al., (2016), a falta de uma rede de apoio se relaciona para as mulheres também com seu ambiente profissional. Para elas, a rotina de tratamento e exames, as faltas justificadas no trabalho e o crescente número de atestados fazem com que estas mulheres acabem perdendo seus empregos ou tendo problemas profissionais que se constituem outra fonte de estresse.

Casais de baixa renda sofrem ainda mais com as dificuldades financeiras e problemas no trabalho. Isso se dá pela dificuldade de conseguirem pagar por um tratamento particular, que é menos demorado e com mais recursos, mas de custo muito elevado. Dessa forma, casais com condição financeira menor tendem a apresentar níveis de ansiedade e estresse mais elevados (Gradvohl et al., 2013), o que influencia diretamente nas respostas ao tratamento para infertilidade. Isto passa a ter consequências e desdobramentos na qualidade de vida destes casais. Para lidar com estas dificuldades, cada membro do casal desenvolve estratégias de enfrentamento para lidar com

as diferentes demandas ao longo de todo o processo. A investigação dessas estratégias é fundamental para entendermos como o casal lida com todos os eventos envolvidos na dificuldade de engravidar e de realizar seu sonho e "projeto de família". Em um estudo recente foi possível observar que os casais adotam principalmente a religiosidade como estratégia para lidar com um evento estressante como a infertilidade, sendo também as estratégias de cunho positivo as mais utilizadas (Freitas, 2016). Em todos os casos percebe-se que é indispensável oferecer a esses casais uma atenção profissional para orientá-los no manejo eficaz do estresse e no controle da ansiedade e prevenção de outros problemas psicológicos. Somente assim eles poderão enfrentar de forma mais positiva e adaptativa os dilemas da infertilidade.

A literatura na área enfatiza o apoio profissional para auxílio destes casais no enfrentamento da infertilidade e das diversas demandas, tanto físicas como psicológicas, que eles precisam lidar. Logo, é inquestionável a importância de uma assistência ao casal infértil, baseada na investigação do contexto social e familiar e dos fatores psicológicos que se relacionam ao enfrentamento da impossibilidade de engravidar (Mohamed & Gomaa, 2015; Montagnini et al., 2009). Essa assistência deve levar em conta que a infertilidade, apesar de ter como origem uma causa de ordem feminina ou masculina, é um problema do casal. Isso deve ser considerado na prática dos profissionais de saúde, que devem refletir sobre sua importância e função na assistência ao casal infértil a fim de garantir a eles os recursos emocionais mínimos para que vivenciem esse momento tão delicado.

Como condição do casal e não exclusivamente do homem ou da mulher, a infertilidade deve ser tratada como uma situação de vulnerabilidade física e psíquica que afeta todos os envolvidos, inclusive familiares. Na maioria das vezes, o casal inicia o tratamento da infertilidade sem saber como será este percurso; logo, ajudá-los sobre as dificuldades que serão encontradas, assim como orientá-los sobre as possibilidades de tratamento e suas implicações, é fundamental. O acompanhamento do casal infértil por profissionais da Psicologia é

quase inexistente, ainda que as pesquisas na área revelem que os problemas psicológicos decorrentes da infertilidade acometem homens e mulheres inférteis. Conclui-se que uma atenção integral à saúde física e mental do casal infértil, com orientações a eles sobre as demandas a serem enfrentadas e as mudanças inerentes à sua dinâmica conjugal e familiar que ocorrem desde o início do tratamento, pode resultar em melhor qualidade de vida do casal. Dessa forma, o casal infértil poderá vivenciar de forma mais positiva e adaptativa os desafios inerentes à trajetória para maternidade em um contexto de infertilidade.

REFERÊNCIAS

Antunes, L. S. A., Ferreira, M. M. C., & Duarte, J. C. (2013). **Infertilidade e satisfação conjugal** (Dissertação de mestrado), Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu.

Badalotti, M. (2010). Aspectos bioéticos da reprodução assistida no tratamento da infertilidade conjugal. **Revista da AMRIGS, 54** (4), 478-485.

Batista, L. A. T., Bretones, W. H. D., & de Almeida, R. J. (2016). O impacto da infertilidade: narrativas de mulheres com sucessivas negativas pelo tratamento de reprodução assistida. **Reprodução & Climatério, 31** (3), 121-127.

Bhongade, M. B., Prasad, S., Jiloha, R. C., Ray, P. C., Mohapatra, S., & Koner, B. C. (2015). Effect of psychological stress on fertility hormones and seminal quality in male partners of infertile couples. **Andrologia, 47** (3), 336-342.

Corrêa, M. C., & Loyola, M. A. (2015). Tecnologias de reprodução assistida no Brasil: opções para ampliar o acesso. **Physis: Revista de Saúde Coletiva, 25** (3), 753-777.

Couto, F. R. D. (2011). **A influência da infertilidade na satisfação conjugal e no ajustamento familiar**. (Dissertação de Mestrado), Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa.

Domar, A. D., Smith, K., Conboy, L., Iannone, M., & Alper, M. (2010). A prospective investigation into the reasons why insured United States patients drop out of in vitro fertilization treatment. **Fertility and sterility, 94** (4), 1457-1459.

Donarelli, Z., Kivlighan, D. M., Allegra, A., & Coco, G. L. (2016). How do individual attachment patterns of both members of couples affect their perceived infertility stress? An actor–partner interdependence analysis. **Personality and Individual Differences, 92**, 63-68.

Faria, D. E. P., Grieco, S. C., & Barros, S. M. O. (2012). The effects of infertility on the spouses' relationship. **Revista da Escola de Enfermagem da USP, 46**(4), 794-801.

Ferreira, L. A. P., Junior, L. R. S., Gonçalves, L. C. S., Miyazaki, M. C. O., & Pinto, M. J. C. (2014). Estresse em casais inférteis. **Reprodução & Climatério, 29** (3), 88-92.

Fleury, M., Silla, F., Rodrigues, R. R., do Couto, H. T., & Galetti, M. (2015). Seedling fate across different habitats: The effects of herbivory and soil fertility. **Basic and Applied Ecology, 16**(2), 141-151.

Freitas, L. M. M. (2016). **A trajetória de um sonho: ansiedade e enfrentamento da infertilidade por casais**. Dissertação de Mestrado apresentada para Defesa. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES.

Gameiro, S.; Silva, S., & Canavarro, M. C. (2008). A experiência masculina de infertilidade e de reprodução medicamente assistida. **Psicologia, Saúde e Doenças, 9** (2), 253-270.

Gollemberg, A. L., Liu, F., Brazil, C., Drobnis, E. Z., Guzick, D., Overstreet, J. W., Redman, J. B., Sparks, A., Wang, C., & Swan, S. H. (2010). Semen quality in fertile men in relation to psychosocial stress. **Fertil Steril, 93**(4), 1104-1111.

Gonçalves, Z. R., & Monteiro, D. L. M. (2012). Complicações maternas em gestantes com idade avançada. **Femina, 40** (5), 275-279.

Gradvohl, S. M. O., Osis, M. J. D., & Makuch, M. Y. (2013). Características de homens e mulheres que buscam tratamento para infertilidade em serviço público de saúde. **Reprodução & Climatério, 28**(1), 18-23.

Larsen, U. (2005). Research on infertility: which definition should we use? **Fertility and sterility, 83**(4), 846-852.

Makuch, M. Y., Petta, C. A., Osis, M. J. D., & Bahamondes, L. (2009). Low priority level for infertility services within the public health sector: a Brazilian case study. **Human Reproduction, 25**(2), 430-435.

Mascarenhas, M. N., Flaxman, S. R., Boerma, T., Vanderpoel, S., & Stevens, G. A. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. **PLoS Med, 9** (12), e1001356.

Menezes, C. C., & Lopes, R. C. S. (2007). Relação conjugal na transição para a parentalidade: gestação até dezoito meses do bebê. **Psico-USF, 12**(1), 83-93.

Mohamed, N. S., & Gomaa, S. M. (2015). Study Level of Anxiety among infertile Egyptian and Sudanese women. **European Journal of Academic Essays, 2** (11), 60-65.

Montagnini, H. M. L., Blay, S. L., Novo, N. F., Freitas, V., & Cedenho, A. P. (2009). Estados emocionais de casais submetidos à fertilização in vitro. **Estudos de Psicologia, 26** (4), 475-481.

Moreira, S. N. T., Lima, J. G., Sousa, M. B. C., & Azevedo, G. D. (2005). Estresse e função reprodutiva feminina. **Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil, 5** (1), 119-125.

Moreira, S. N. T., Melo, C. O. M., Tomaz, G., & Azevedo, G. D. (2006). Estresse e ansiedade em mulheres inférteis. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 28** (6), 358-64.

Morreale, M., Balon, R., Tancer, M., & Diamond, M. (2010). The impact of stress and psychosocial interventions on assisted reproductive technology outcome. **Journal of Sex & Marital Therapy, 3**7(1), 56-69.

Oliveira, A., Granja, B., & Sousa, M. (2013). A percepção da mulher face às implicações da infertilidade na sua vida. **Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Sociedade**, (3), 5-19.

Oliveira, N. S., Santos, T. R. M., Santos, D. N., Barreto, C. S., & dos Santos, B. P. P. (2013). Considerações sobre infertilidade masculina. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT, 1**(2), 21-26.

Organização Mundial da Saúde - OMS. (2007). Johns Hopkins. Agência para o desenvolvimento internacional dos Estados Unidos

(USAID). **Planejamento familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde**. Estados Unidos: OMS.

Reis, S., Xavier, M. R., Coelho, R., & Montenegro, N. (2013). Psychological impact of single and multiple courses of assisted reproductive treatments in couples: a comparative study. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 171**(1), 61-66.

Taşkın, M. İ., Usta, A., Cüce, C., Adalı, E., & Arslan, M. (2016). İnfertil Kadınlarda Anksiyete, Depresyon ve İlişkili Faktörler. **European Journal of Health Science, 2** (3), 79-84.

Travassos-Rodriguez, F., & Féres-Carneiro, T. (2013). Maternidade tardia e ambivalência: algumas reflexões. **Tempo psicanalítico, 45** (1), 111-121.

Utting, D., & Bewley, S. (2011). Family planning and age-related reproductive risk. **The Obstetrician & Gynaecologist, 13**(1), 35-41.

WHO, World Health Organization (2010). WHO Laboratory **Manual for the Examination and processing of human semen**. 5th ed. Geneve: WHOPress.

WHO, World Health Organization. (1975). **Education and treatment in human sexuality: The training of health professionals**. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38247/1/WHO_TRS_572_eng.pdf

Capítulo 11

Síndrome do impostor, autoeficácia e apoio social em mães de primeira viagem do Reino Unido

Georgina Fergusson
Katia Correa Vione

INTRODUÇÃO

Tornar-se mãe pela primeira vez é uma experiência de mudança significativa de vida que envolve aspectos psicológicos e sociais, associados a sentimentos positivos como felicidade, e também a sentimentos negativos, como estresse, baixa autoeficácia e, em casos mais extremos, depressão pós-parto (Kristensen, Simonsen, Trillingsgaard,

Pontoppidan, & Kronborg, 2018). Mais recentemente, com a popularização do termo "síndrome do impostor", tem-se observado que mães de primeira viagem também sofrem com sentimentos de que não são capazes de desempenhar seu papel, de que são uma fraude e poderiam ser descobertas como tal (Conroy, 2017). A síndrome do impostor tem sido tipicamente estudada no âmbito acadêmico e empresarial. Mesmo com relatos frequentes, pouca atenção tem sido dada a esse problema no âmbito da maternidade. Pessoas que sofrem com a síndrome do impostor também tendem a ter baixa autoeficácia (Berinato, 2015), isto é, uma crença que reflete falta de confiança em suas habilidades e capacidade de executar determinados comportamentos. Neste caso, levando a comportamentos disfuncionais na maternidade e comprometimento do vínculo materno (Amin, Tam, & Shorey, 2018). As atitudes e comportamentos de pais e mães sofrem influência de diversos fatores, incluindo a família, pares e o ambiente social (Cameron, Charlton, Walsh, Hesketh, & Campbell, 2019). Ademais, a maternidade e paternidade sofreram mudanças com o desenvolvimento tecnológico, onde comunidades de apoio social on-line fazem parte da rotina de mães e pais (O'Connor & Madge, 2004). Deste modo, quando o apoio social é percebido como ausente ou insatisfatório, isso pode levar a sentimentos de baixa autoeficácia e a síndrome do impostor (Shorey, Chan, He, & Chong, 2013). Sendo assim, o presente capítulo apresenta um estudo empírico sobre a autoeficácia, apoio social e síndrome do impostor em mães de primeira viagem do Reino Unido.

Pessoas que sofrem com a síndrome do impostor têm dificuldade em internalizar seu sucesso mesmo que as evidências externas não corroborem tais sentimentos (Chrisman, Pieper, Holland, Glicakauf-Hughes, & Clance, 1995). Estas pessoas vivem com medo de serem descobertas como incompetentes, especialmente quando estão desempenhando um papel novo (Bernard, Dollinger, & Ramaniah, 2002). Tais sentimentos estão comumente relacionados à depressão, ansiedade e preocupação em atender as expectativas das pessoas e obter validação externa (Langford & Clance, 1993). Com relação

às causas da síndrome do impostor, apesar de não existirem evidências claras, Berinato (2015) observou que fatores ambientais como a dinâmica familiar, superproteção parental e sucesso familiar podem levar ao desenvolvimento desta síndrome.

No contexto da maternidade, tornar-se mãe pode ser considerado um papel novo a ser desempenhado pela mulher, podendo levar a dificuldades e expectativas irrealistas quanto ao desempenho desse papel (Lee,Vasileiou, & Barnett, 2019). É possível que tais sentimentos sejam influenciados pelas implicações que o vínculo maternal pode ter no desenvolvimento da criança (Zimmer-Gembeck, Webb, Thomas, & Klag, 2015). Pessoas que sofrem com a síndrome do impostor tendem a ter baixa autoeficácia (Vergauwe, Wille, Feys, De Fruyt, & Anseel, 2015) e a avaliar sua performance de forma mais negativa (Want & Kleitman, 2005). As mães que se sentem como impostoras apresentam uma tendência a atribuir seu sucesso a fatores externos ou à sorte, tendo dificuldade em reconhecer suas próprias competências e habilidades, demonstrando baixa autoeficácia (Want & Kleitman, 2005).

A autoeficácia parental é um termo utilizado para descrever a percepção que a mãe ou o pai tem de suas próprias capacidades, competências e de suas habilidades de ter um impacto positivo no desenvolvimento da criança (Amin et al., 2018). Estudos sobre a autoeficácia parental demonstram que uma baixa autoeficácia leva a auto-sabotagem (*self-handicapping*), no sentido de que esta mãe ou pai passa a apresentar comportamentos de esquiva e a considerar as falhas como uma confirmação de que não possui boas habilidades parentais (Amin et al., 2018). Da mesma forma, aqueles que sofrem com a síndrome do impostor também tendem a apresentar comportamentos de auto-sabotagem como um mecanismo de defesa e uma distorção da percepção sobre sua performance (Want & Kleitman, 2005).

Haslam, Tee e Baker (2017) observaram que pais com baixa autoeficácia apresentam uma maior tendência a buscar apoio social on-line, em comparação a pais com alta autoeficácia. Sendo assim, é importante considerar também o papel do apoio social em mães de

primeira viagem. Uma rede de apoio social consiste em pessoas que conhecem e se importam com o indivíduo, podendo oferecer apoio significativo, especialmente em situações de mudanças significativas, como tornar-se mãe pela primeira vez (Hogg & Vaughn, 2018). A falta desse apoio social e sentimentos de solidão podem levar essas mães a fazerem avaliações negativas de suas habilidades maternas e dúvidas quanto às suas capacidades, o que por sua vez reduz ainda mais as chances de buscarem apoio social, pois buscam esconder sua baixa autoeficácia (Lee et al., 2019). Ademais, estudos que buscaram promover um aumento da autoeficácia sugerem que as influências sociais podem ter um impacto positivo, especialmente na forma de apoio dos pares e encorajamento (Maltby, Day, & Macaskill 2017). Segundo Bandura (1997), a autoeficácia também pode ser promovida por meio da modelagem, isto é, observando outra pessoa realizar tarefas. Sendo assim, o contato social com pessoas que podem compartilhar os mesmos receios, também pode ser benéfico para ajustar as expectativas de mães de primeira viagem e aumentar sua confiança.

O tipo de apoio social que as mães recebem também precisa ser levado em consideração para avaliar seu benefício. Por exemplo, Shorey et al. (2013) demonstraram que apoio social da comunidade, de forma regular, levou à aumento da autoeficácia dos participantes do estudo. Não obstante, as formas que as pessoas buscam apoio social tem sofrido mudanças. Mesmo com acesso a aulas pré-natais, muitos pais preferem buscar apoio e informações online sobre os cuidados com o bebê (O'Connor & Madge, 2004). Estudo recente sobre o uso de mídias sociais como mecanismo de suporte indicou que aproximadamente 75% dos pais entre 18 e 29 anos e 66% dos pais entre 30 e 39 anos usavam as mídias sociais pelo menos uma vez por dia como parte da sua rede de apoio (Haslam, et al., 2017). Outro estudo demonstrou que as mídias sociais também são a preferência de mães adolescentes, que buscam online outras mães em situação semelhante para pedir conselhos e como companhia (Ruthven, Buchanan, & Jardine, 2018).

Desta forma, o apoio social pode ter efeitos benéficos para a redução dos sentimentos de impostor e de baixa autoeficácia em pais em geral, mas especialmente em mães de primeira viagem. Conforme demonstrado por Shorey et al. (2013), o apoio social pode levar a uma melhora na autoeficácia em relação aos cuidados com o recém-nascido. Da mesma forma, programas de educação parental com foco em autoeficácia e estratégias de enfrentamento tem se demonstrado eficazes (Amin et al., 2018). Boyd, Price, Mogul, Yates e Guevara (2019). realizaram um estudo comparando duas intervenções, uma pessoalmente e outra por mídias sociais, em um grupo de pais de primeira viagem com sintomas de depressão pós-parto. Um maior engajamento foi observado no grupo que fez a intervenção via mídias sociais e um aumento na auto-percepção de competência parental. De fato, o grupo que realizou a intervenção presencial obteve apenas 3% de engajamento e demonstrou uma redução no senso de competência. Apesar de este estudo ter sido conduzido em participantes com sintomas de depressão, é possível que os mesmos benefícios da intervenção online sejam observados em grupos sem qualquer sintomatologia. Não obstante, a literatura ainda não fornece evidências sobre os efeitos da frequência que os pais passam online na sua percepção de apoio social e os efeitos que este apoio social online pode ter sobre a autoeficácia.

Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar os níveis de síndrome do impostor em mães de primeira viagem e em que medida esses sentimentos são influenciados pela autoeficácia e apoio social tanto da comunidade quanto online. O estudo foca em mães, especificamente, uma vez que o papel de cuidadora primária é amplamente atribuído à mãe. Ademais, considerando-se que existe maior expectativa social para que as mães demonstrem um "instinto materno" (Lee et al., 2019), é possível que estas estejam mais susceptíveis a problemas como a síndrome do impostor e baixa autoeficácia no contexto da criação dos filhos. Mães que possuem mais de um filho também não foram consideradas para esse estudo, uma vez

que já tem sido evidenciado que estas demonstram maior confiança e apresentam menos sintomas de ansiedade e depressão (Kristensen et al., 2018).

MÉTODO

Participantes

Contou-se com uma amostra de conveniência (não probabilística) de 109 mães. Não obstante, apenas 58 preencheram todo o questionário corretamente e foram incluídas na análise. A idade média das participantes foi 31,29 anos (DP = 4,57), a idade média dos seus bebês foi 11,1 meses (DP = 7,67). Apenas mães maiores de idade, com um único filho (de até 24 meses) e fluentes em inglês foram convidadas a participar da pesquisa. Como critério de exclusão, mulheres diagnosticadas com depressão pós-parto ou que tiveram bebê há menos de oito semanas foram excluídas. Utilizou-se esse critério para reduzir os efeitos de desconforto psicológico para essas mães devido ao conteúdo das escalas utilizadas.

Instrumentos

Escala Clance do Fenômeno do Impostor (Chrisman et al, 1995). A versão original dessa escala é composta por 20 itens que avaliam em que medida a pessoa tem sentimentos de impostor, dúvidas quanto a sua capacidade e atribuição externa em situações de êxito. A escala foi modificada para indicar situações referentes à maternidade (e.g. "Com frequência consegui executar bem uma tarefa materna mesmo com medo de que não conseguiria"). Os itens foram respondidos em uma escala de cinco pontos variando entre 1 (De forma alguma) a 5 (Constantemente). Todos os itens foram codificados para que pontuações mais altas indicassem maior nível de impostorismo.

*Escala de Confiança Parental Karitane (*Črnčec, Barnett, & Matthey, 2008). Este instrumento avalia a autoeficácia parental. Evidências de sua validade na língua inglesa foram reportadas Pontoppidan, Andrade, Kristensen e Mortensen (2019). A escala é composta por 15 items (e.g. "Sinto-me confiante em ajudar meu bebê a ter uma boa rotina de sono"), respondidos em uma escala de quatro pontos variando entre 1 (Nunca) a 4 (Na maior parte do tempo). Pontuações maiores refletem um maior nível de autoeficácia parental.

Escala de Apoio Social Online (Nick et al., 2018). Uma versão adaptada dessa escala foi utilizada para avaliar a frequência e percepção de apoio social online. Na primeira parte, as participantes indicaram a frequência com que usavam cada um dos canais de apoio social em uma escala variando entre 0 (nunca) e 4 (com muita frequência). A segunda parte da escala avaliou a percepção do apoio social recebido por meio de 23 itens respondidos na mesma escala de resposta da primeira parte (e.g. "As pessoas que converso online fazem eu me sentir bem relação às minhas habilidades parentais").

Escala Multidimensional de Apoio Social Percebido (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988). Uma versão adaptada desse instrumento foi utilizada para avaliar a percepção de apoio social na comunidade. A primeira parte escala é composta por 15 itens, aos quais as participantes indicaram com que frequência elas obtém apoio de diferentes agentes (e.g. pais, avós, outros familiares), numa escala de resposta variando entre 0 (nunca) e 4 (com muita frequência). A segunda parte da escala é composta por 12 itens que avaliam a percepção de apoio social vindo da comunidade (e.g. "Existe uma pessoa especial próxima a mim sempre que preciso"), respondida em uma escala variando entre 1 (discordo totalmente) e 7 (concordo totalmente).

Procedimento

Essa pesquisa recebeu aprovação ética pela *University of Derby* (Inglaterra). As participantes foram recrutadas por meio de grupos do

Facebook e do site Mumsnet, após receber aprovação dos administradores dos grupos. O convite para participação informou o objetivo da pesquisa, critérios de inclusão/exclusão e direcionou as participantes para o link do questionário. A primeira página do questionário apresentou informações mais detalhadas sobre o objetivo da pesquisa, o termo de consentimento, e o contato das pesquisadoras para sanar eventuais dúvidas. Todas as informações foram armazenadas de forma confidencial, de acordo com o Regulamento Geral de Proteção dos Dados (GDPR) da União Europeia. Os dados foram coletados entre Maio e Outubro de 2019.

RESULTADOS

Primeiramente, buscou-se compreender em que medida os níveis de síndrome do impostor podem ser explicados pela autoeficácia, apoio social on-line e apoio social comunitário. A análise de regressão múltipla indicou um modelo significativo, $F(7, 49) = 5{,}664$, $p = 0{,}001$, que explicou 38% da variância. A autoeficácia parental ($\beta = -0{,}427$, $p = 0{,}002$) e o apoio social comunitário explicaram negativamente a síndrome do impostor ($\beta = -0{,}301$, $p = 0{,}030$). Os demais preditores não contribuíram significativamente.

Em seguida, buscou-se compreender em que medida o apoio social explica a autoeficácia parental. A regressão múltilpla indicou um modelo significativo, $F(6, 50) = 2{,}346$, $p = 0{,}045$, explicando 21,6% da variância. Não obtante, apenas a percepção de apoio comunitário contribuiu significativamente para explicar a autoeficácia parental ($\beta = 0{,}474$, $p = 0{,}002$).

Finalmente, buscou-se compreender que tipo de apoio social é mais buscado por mães de primeira viagem britânicas na internet. Para tanto, foram calculadas estatísticas descritivas para a frequência com que cada canal de apoio social online é utilizado. Observou-se que o Facebook é utilizado com maior frequência ($M = 2{,}97$, $DP = 1{,}20$ para grupos no Facebook e para o próprio perfil, $M = 2{,}78$,

DP = 1,35), porém as mães também utilizam frequentemente blogs sobre maternidade, como o Mumsnet (M = 2,20, DP = 1,24) e o Instagram (M = 2,20, DP = 1,51).

Com relação ao apoio social comunitário, observou-se que a família próxima (mãe e avó, M = 3,78, DP = 1,31) e amigos próximos (M = 3,02, DP = 1,32) são os canais mais utilizados. Outras redes de apoio citadas foram grupos de apoio a pais/mães (M = 2,92, DP = 1,42), irmãos (M = 2,80, DP = 1,31) e grupos mães e bebês (M = 2,51, DP = 1,19). Surpreendentemente, a parteira foi um dos canais menos utilizados (M = 1,54, DP = 0,77), mesmo sendo um serviço disponível para as mães britânicas.

DISCUSSÃO

O objetivo desse estudo foi compreender sentimentos da síndrome do impostor em mães de primeira viagem e em que medida esses sentimentos são influenciados pela autoeficácia e apoio social. De fato, foi observado que autoeficácia e apoio social comunitário podem servir como fatores de proteção para sentimentos da síndrome do impostor. O apoio social comunitário também foi significativo para promover sensação de autoeficácia parental. Tais resultados contribuem para reforçar a importância da autoeficácia para reduzir a síndrome do impostor (Berinato, 2015), porém em um contexto ainda não explorado - a maternidade. O presente estudo também reforça a compreensão de que apoio social é crucial tanto para a autoeficácia quanto para a síndrome do impostor. Estes achados são importantes, pois as únicas evidências disponíveis sobre a síndrome do impostor em mães derivam de relatos informais de mães de primeira viagem (e.g. McCombs, 2017; Orr, 2018; Petter, 2018).

A autoeficácia parental reflete uma percepção das próprias capacidades e competências na função materna (ou paterna) (Amin et al., 2018), contrastando com a síndrome do impostor, a qual gera sentimentos de incompetência e uma tendência a atribuir qualquer

resultado positivo a fatores externos ou ao acaso (Clance et al., 1995). Portanto, não é surpreendente que as mães que possuem baixa autoeficácia também se avaliem como impostoras. Este achado é importante, pois é a primeira evidência dessa relação em mães. No entanto, estudos futuros precisam investigar os tipos de comportamentos de autossabotagem que a baixa autoeficácia e a síndrome do impostor podem causar. Desta forma, será possível informar profissionais e mães sobre os melhores canais de apoio social para evitar comportamentos auto-sabotadores que podem comprometer o vínculo materno e desenvolvimento saudável das crianças.

Com relação ao papel do apoio social, foi interessante observar que por mais que as mães utilizem a internet como uma forma de apoio social, a percepção ou frequência desse apoio não contribuiu para explicar os níveis da síndrome do impostor ou de autoeficácia. No entanto, é possível que as mães mais novas engagem com mais frequência nas redes sociais, conforme demonstrado por Ruthven et al. (2018) em mães entre 14 e 21 anos. No presente estudo, a idade média das mães foi 31 anos. Portanto, é possível que as mães mais velhas percebam seus pares como um canal de apoio social, enquanto mães mais jovens não tenham a mesma percepção, uma vez que seus pares talvez não sejam mães ainda, buscando, então, apoio online.

Apenas o apoio social comunitário teve um impacto positivo tanto na síndrome do impostor quanto na autoeficácia. Shorey et al. (2013) já haviam identificado a importância do apoio social comunitário para a autoeficácia parental. O papel do apoio social online, por outro lado, não parece estar suficientemente claro. Haslam et al. (2017) observaram que pais que engajavam com frequência em apoio social online tinham uma percepção positiva, porém nenhum efeito na autoeficácia. Por outro lado, Boyd et al. (2019) observou que uma intervenção online gerou muito mais engajamento dos pais do que uma intervenção presencial e que esta intervenção online promoveu um aumento na autoconfiança parental. Em relação a efeitos negativos da internet, a comparação social nas mídias sociais pode levar

à redução da percepção de competência parental (Coyne, McDaniel, & Stockdale, 2017) e a competição entre pais (Harley, 2014). Sendo assim, é importante que estudos futuros procurem compreender melhor em quais situações o apoio social online pode ser benéfico, especialmente para mães de primeira viagem.

No que diz respeito ao apoio social por parte de profissionais de saúde, este aspecto foi pouco explorado no presente estudo. A frequência e percepção desses canais de apoio, na presente amostra, foi relativamente baixa. Estudos anteriores indicam que acesso a profissionais de saúde é um fator significativo para a autoeficácia parental e depressão pós-parto (Fealy et al., 2019; Shorey et al., 2013). Inclusive, há evidências de que o acesso a profissionais de saúde por meio de aplicativos de celular tem um efeito positivo na autoeficácia parental (Fealy et al., 2019).

Pesquisas anteriores indicam que a autoconfiança parental tende a aumentar com o passar do tempo (Pontopiddan et al., 2019). Os resultados do presente estudo não corroboram esta relação uma vez que não foi observada uma relação significativa entre a idade da mãe ou do bebê com a síndrome do impostor ou autoeficácia. No entanto, vale salientar que as participantes desse estudo tinham filhos menores de dois anos, portanto, é possível que esta relação exista quando há uma maior variabiliade na idade dos filhos.

Com relação às limitacões do presente estudo. Destaca-se o tamanho da amostra, apesar de 109 mães terem iniciado a pesquisa, apenas 58 completaram todo o questionário corretamente. Mães com depressão pós-parto ou em puerpério foram excluídas por segurança, no entanto, é importante que estas mães tenham espaço e oportunidades de compartilhar suas experiências em pesquisas futuras, uma vez que provavelmente teriam os melhores benefícios de intervenções em autoeficácia e apoio social. A média de idade das participantes foi superior à média de idade de mães de primeira viagem no Reino Unido, que é de 28,8 anos (Ghosh, 2019). Portanto, é provável que a amostra do presente estudo não seja representativa das mães de primeira viagem do país.

Apesar das limitações observadas, confia-se que a presente pesquisa represente uma contribuição significativa para o estudo de experiências de mães de primeira viagem e pode servir como base para estudos futuros. Seria importante melhor compreender em que medida o apoio social online pode ser benéfico ou prejudicial para mães. Além da autoeficácia e síndrome do impostor, outras variáveis psicológicas precisam ser consideradas, como variáveis de personalidade (e.g. neuroticismo). Seria também interessante comparar as experiências de mães biológicas, mães adotivas e pais de primeira viagem.

Em resumo, o presente estudo fornece evidências iniciais da síndrome do impostor em mães de primeira viagem, bem como os papéis da autoeficácia parental e do apoio social como fatores de proteção contra os sentimentos de impostorismo. Mesmo com mudanças graduais nos papéis tradicionais de gênero e a presença da internet em todas as fases do desenvolvimento, este estudo demonstra a importância do apoio social para mães de primeira viagem, especialmente do apoio comunitário. Considerando-se as implicações que o comprometimento do vínculo materno pode ter no desenvolvimento da criança, é preciso mais iniciativa no âmbito acadêmico e social para compreender o suporte necessário para mães de primeira viagem na sociedade moderna.

REFERÊNCIAS

Amin, L. N. A., Tam, W. W. S., & Shorey, S. (2018). Enhancing first-time parents' self-efficacy: A systematic review and meta-analysis of universal parent education interventions' efficacy. **International Journal of Nursing Studies, 82**, 149-162.

Bandura, A. (1997) Self-efficacy: **The exercise of control**. New York: Freeman.

Berinato, S. (2015). The Personality Traits That Make Us Feel Like Frauds. **Harvard Business Review Digital Articles**. Retrieved on 17th July 2020: https://hbr.org/2015/10/the-personality-traits-that-make-us-feel-like-frauds

Bernard, N. S., Dollinger, S. J., & Ramaniah, N. V. (2002). Applying the Big Five Personality Factors to the Impostor Phenomenon. **Journal of Personality Assessment, 78**(2), 321–333.

Boyd, R. C., Price, J., Mogul, M., Yates, T., & Guevara, J. P. (2019). Pilot RCT of a social media parenting intervention for postpartum mothers with depression symptoms. **Journal of Reproductive & Infant Psychology, 37**, 290–301.

Cameron, A. J., Charlton, E., Walsh, A., Hesketh, K., & Campbell, K. (2019). The influence of the maternal peer group (partner, friends, mothers' group, family) on mothers' attitudes to obesity-related behaviours of their children. **BMC Pediatrics, 19**, 2-8.

Chrisman, S. M., Pieper, W. A., Clance, P. R., Holland, C. L., & Glickauf-Hughes, C. (1995). Validation of the Clance Imposter Phenomenon Scale. **Journal of Personality Assessment, 65**(3), 456-467.

Črnčec, R., Barnett, B., & Matthey, S. (2008). Development of an instrument to assess perceived self-efficacy in the parents of infant. **Research in Nursing and Health, 31**, 442-453.

Conroy, C. (2017) Overcoming mama impostor syndrome. **Lead Mama Lead**. Retrieved 20th February 2019 from: http://www.leadmamalead.com/overcoming-mama-impostor-syndrome/

Coyne, S. M., McDaniel, B. T., & Stockdale, L. A. (2017). "Do you dare to compare?" Associations between maternal social comparisons on

social networking sites and parenting, mental health, and romantic relationship outcomes. **Computers in Human Behaviour, 70**, 335–340.

Fealy, S., Chan, S., Wynne, O., Dowse, E., Ebert, L., Ho Chun Man, R., … Jones, D. (2019). The Support for New Mothers Project: A protocol for a Pilot Randomised Controlled Trial designed to test a Postnatal Psychoeducation Smartphone Application. **Journal of Advanced Nursing, 75**, 1347-1359.

Ghosh, K. (2019) **Birth characteristics in England and Wales: 2017** retrieved 15th November 2019 from:https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/livebirths/bulletins/birthcharacteristicsinenglandandwales/2017

Harley, N. (2014) iMummies take parental rivalry to new heights. **Sunday Times** (London, England). Retrieved 4th march 2019 from: http://search.ebscohost.com.ezproxy.derby.ac.uk/login.aspx?direct=true&db=edsgao&AN=edsgcl.366938701&site=eds-live

Hogg, M. A., & Vaughan, G. M. (2018). **Social psychology: An introduction**. Harvester Wheatsheaf.

Kristensen, I. H., Simonsen, M., Trillingsgaard, T., Pontoppidan, M., & Kronborg, H. (2018). First-time mothers' confidence mood and stress in the first months postpartum. A cohort study. **Sexual & Reproductive Healthcare**, *17*, 43–49.

Langford, J., & Clance, P. R. (1993). The Impostor Phenomenon: Recent Research Findings Regarding Dynamics, Personality and Family Patterns and their Implications for Treatment. **Psychotherapy: theory, research, practice, training, 30**, 495-501.

Lee, K., Vasileiou, K., & Barnett, J. (2019). 'Lonely within the mother': An exploratory study of first-time mothers' experiences of loneliness. **Journal of Health Psychology, 24**(10), 1334–1344.

Maltby, J., Day, L., & Macaskill, A. (2017). **Personality, individual differences and intelligence**. Pearson. London.

McCombs, E. (2017) I Think I Have 'Imposter Syndrome' But For Parents. I am only pretending to be an adult capable of caring for another person. **Huff Post**. Retrieved 17th October 2019 from: https://www.huffpost.com/entry/i-think-i-have-imposter-syndrome-but-forparents

Nick, E. A., Cole, D. A., Cho, S.J., Smith, D. K., Carter, T. G., & Zelkowitz, R. L. (2018). The Online Social Support Scale: Measure development and validation. **Psychological Assessment, 30**, 1127–1143

O'Connor, H., & Madge, C. (2004). `My mother's thirty years out of date': the role of the Internet in the transition to motherhood. **Community Work and Family,** 7, 351-369.

Orr, K. (2018) Fake it till you make it with parenting. **The Sydney Morning Herald**. Retrieved 20th February 2019 from: https://www.smh.com.au/lifestyle/life-and-relationships/when-impostor-syndrome-leaks-into-your-parenting-20181112-p50fl3.html

Petter, O. (2018). Mother reveals how imposter syndrome left her 'in a constant state of fear'. **The Independent**. Retrieved 20th February 2019 from: https://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/imposter-syndrome-mother-baby-fear-facebook-ultimate-mom-challenge-nevada-a8301711.html

Pontoppidan, M., Andrade, S. B., Kristensen, I. H., & Mortensen, E. L. (2019). Maternal confidence after birth in at-risk and not-at-risk

mothers: internal and external validity of the Danish version of the Karitane Parenting Confidence Scale (KPCS). **Journal o Patient--Reported Outcomes, 3**(1).

Ruthven, I., Buchanan, S., & Jardine, C. (2018). Isolated, overwhelmed, and worried: Young first-time mothers asking for information and support online. **Journal of the Association for Information Science & Technology, 69***,* 1073–1083.

Shorey, S., Chan, S. W.-C., He, H.G., & Chong, Y. S. (2013). Maternal parental self-efficacy in newborn care and social support needs in Singapore: A correlational study. **Journal of Clinical Nursing, 23**, 2272–2283.

Vergauwe, J., Wille, B., Feys, M., De Fruyt, F., & Anseel, F. (2015). Fear of Being Exposed: The Trait-Relatedness of the Impostor Phenomenon and its Relevance in the Work Context. **Journal of Business & Psychology, 30**, 565–581.

Want, J., & Kleitman, S. (2005). Imposter phenomenon and self-handicapping: Links with parenting styles and self-confidence. **Personality and Individual Differences, 5**, 961-971.

Zimmer-Gembeck, M. J., Webb, H. J., Thomas, R., & Klag, S. (2015). A new measure of toddler parenting practices and associations with attachment and mothers' sensitivity, competence, and enjoyment of parenting. **Early Child Development and Care, 185**, 1422–1436.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. **Journal of Personality Assessment, 52**, 30-41.

Capítulo 12

O caminho de construção da parentalidade

Mirian Béccheri Cortez
Paola Vargas Barbosa

Qual a melhor forma de ser pai e mãe? Acreditamos que esse seja o grande questionamento que acompanha a vida de muitas das pessoas que desejam, planejam ou realizam a possibilidade de ter filhos. Mas já de cara, queremos esclarecer: esse texto não tem a fórmula mágica para isso! Não há uma receita pronta que transforme qualquer pessoa em pai ou mãe perfeitos... (Mesmo porque essa ideia de perfeição está muito distante do que é possível no mundo real). O que podemos dizer, de início, é que a Psicologia vem refletindo bastante sobre essa temática e tem identificado alguns caminhos que podem ser úteis nesse desafio que é se construir pai e mãe.

Reconhecemos que ser mãe e ser pai é um desafio a ser trilhado por uma vida inteira. Por isso, nosso desejo nesse texto é oferecer material que contribua para que tal experiência da parentalidade seja vivida de modo mais seguro, maduro e responsável por cada pai e mãe que optarem por esse percurso. Escolhemos fazer isso apontando algumas dificuldades que a parentalidade enfrenta na atualidade e alguns caminhos de sucesso que a pesquisa em Psicologia tem indicado.

Partimos de um conceito que acabamos de utilizar no texto: parentalidade. O que significa isso? Entendemos a parentalidade como a *vivência das funções de pai e mãe*. Prática essa que pode ser desempenhada por qualquer pessoa que deseje assumir essas funções e se disponha a *aprender a exercê-las* das mais variadas formas (práticas de cuidado, educação, relações afetivas).

MAS, APRENDER A SER PAI? APRENDER A SER MÃE? SIM, ACREDITAMOS QUE É PRECISO COMEÇAR NOSSA CONVERSA POR AÍ: PAIS E MÃES NÃO NASCEM PRONTOS!

Não entendemos que a prática da parentalidade seja natural, nem que seja possível contar com "instintos maternos" e "instintos paternos" (ainda que este último seja pouquíssimo considerado) para assumir as tarefas da parentalidade. E isso não significa negar a lógica evolutiva da sobrevivência, do apego e da manutenção da espécie… mas afirmar que apenas esses aspectos naturais dariam conta de construir bons pais e mães não parece suficiente. Essa afirmação ignora nosso contexto social e cultural, nossa racionalidade, vivências, inseguranças e desejos individuais e tudo isso afeta a formação de vínculos, envolvimento afetivo e o engajamento em práticas parentais de atenção e cuidados.

Dito isso, entendemos que não há um botão que automaticamente se liga durante a gravidez ou a adoção de uma criança que nos torna pais, nos faz amar outra pessoa de forma incondicional ou nos

faz saber o que fazer em cada situação. Não há! Mães e pais são construídos, todo dia um pouquinho mais e desde muito cedo.

Esse processo se inicia para muitos já na infância. As crianças brincam representando as relações e funções que observam em casa. Elas interagem e se integram ao mundo social utilizando brinquedos e modelos de relações e comportamentos que recebem dos adultos (Zanella & Andrada, 2002; Vianna & Finco, 2009).

Impossível não destacar, por isso, o impacto de nossa cultura tradicional de gênero, ainda muito marcada pelo patriarcado, no modo como percebemos e exercemos a parentalidade. Meninas são geralmente estimuladas ao cuidado e à privacidade por meio do brincar de 'casinha', com brinquedos representando bebês e boa parte do ambiente doméstico. Já para os meninos, brinquedos como carrinhos, espadas, monstros e super-heróis os instigam a valorizar e se preparar para um mundo público, onde há competição, demanda por agilidade, raciocínio rápido e situações de ameaça que precisarão ser enfrentadas. Ainda que hoje tal tradicionalismo seja enfrentado por muitos genitores que reconhecem a importância de apresentar a meninos e meninas o valor de atividades vinculadas a espaços públicos e privados e a atividades de força, raciocínio e cuidado e sensibilidade, muito há de mudar para reduzirmos as práticas e produções sociais que insistem em separar e valorar diferentemente o que é "de menino" do que é "de menina".

Se desde o início de nosso desenvolvimento, as diferenças já acontecem e já constroem nossos modelos de ser homem e mulher, assim como os modelos de ser pais e mãe, é essencial reconhecer o impacto que família, comunidade, escola e mídia exercem no processo de produção e reprodução dos padrões tradicionais de gênero. Sabendo como isso pode mobilizar ou paralisar o ser humano (desde sua infância), mães e pais ganham confiança para oferecer a seus filhos experiências diversas que ultrapassam a lógica tradicional de gênero ainda tão valorizada em cultura.

Além desses modelos sociais, a criação de planos sobre a parentalidade e o efetivo engajamento pode ter início de diferentes modos e em diferentes momentos na vida de uma pessoa. Pode começar nos modelos infantis ou anos depois, durantes os planos de parentalidade ao longo de um relacionamento duradouro, após o casamento, ou mesmo sem a presença de parceiro ou parceira amoroso(a). Para outros essa construção começa apenas quando o filho se torna real de algum modo: com a notícia da gravidez, durante a primeira ultrassonografia ou apenas após o parto. Em alguns casos, os pais e mães podem se sentir e se fazerem pais de fato, anos após o nascimento do filho, em algum momento de reaproximação ou resolução de questões pessoais. Pode ter início também quando esse filho do coração finalmente chega, por meio da adoção - ainda bebê, criança ou já adolescente.

De qualquer forma, esse é apenas o começo... O caminho a partir daí é longo e passa por inúmeras aprendizagens, descobertas, alegrias e risos e medos e frustrações. Exige também (se prepare) muito empenho!

PARENTALIDADE PODE TER SUA MAGIA... MAS NÃO É ALGO MÁGICO.

Ser mãe ou pai implica tanto em um "exercer" como também em um "sentir". É comum associarmos sentimentos mágicos, de alegria, plenitude, satisfação e um amor incondicional ao se tornar pai ou mãe. Mas, como já dissemos antes, isso pode não ocorrer com a mãe na hora em que souber que está grávida. E o pai, mesmo vendo a imagem do bebê em uma ultrassonografia ou o pegando no colo, pode ainda precisar de mais tempo para se "sentir pai". Portanto, não tenham pressa! A chegada de outra vida afeta as vidas que estão a sua volta de maneiras diversas... Tenham paciência para lidar com as mudanças que chegam, algumas serão boas, outras nem tanto. O momento é de transformação para todos, cuidem-se. Cada um muda em um ritmo.

Um primeiro desafio que pais e mães enfrentam é o mito de que a parentalidade seja algo espontâneo (Wagner, 2003). Quando

acreditamos nesse mito de que a parentalidade seja automática e natural, tornamos tudo mais difícil. Supor que as pessoas simplesmente e naturalmente sintam esse amor incondicional e saibam como educar filhos dificulta o trabalho. Essa suposição gera expectativas de desempenho idealizado e a frustração pode surgir se tal desempenho não é atingido. Exercer a parentalidade é muito mais do que uma cartilha pode indicar. Expectativas podem gerar muita frustração e preocupação quando não alcançadas a contento pelos pais.

Tantos mitos sobre o fazer e o sentir acabam impedindo as pessoas de buscar ajuda, de dizer que não sabem, de procurar cursos, livros, especialistas e outros pais para ouvir sobre a experiência de parentalidade e aprender com ela. Saber quando procurar ajuda e abrir espaço para outro contribuir é muito importante. Se imaginarmos que todos deveriam saber sempre o que fazer, quando nos deparamos com um problema ou uma situação de dúvida isso pode gerar sentimentos de incapacidade e ansiedade. Sentir-se "maus pais" ou pais incompetentes pode impedi-los de tentar, de sentir o que parece mais adequado ou mesmo de perceber o que seu filho sinaliza ser uma boa solução. Ao perderem a confiança em si, muitos pais deixam de investir no que sentem e já sabem sobre cuidados. Fiquem atentos, busquem apoio quando acharem necessário, mas também confiem em si mesmos!

Permitam-se, então, não saber, sem se culparem. Autorizem-se a fazer tentativas, perguntar, improvisar com segurança. Acreditamos que se aventurar num caminho de aprendizagem pode fortalecer sua confiança em seus conhecimentos e a buscar apoio quando avaliar ser necessário.

PARENTALIDADE E ASPECTOS GERACIONAIS

Esse caminho também tem sofrido variações. A forma como seus pais lhe educaram provavelmente é um pouco diferente da forma que você educa (ou pretende educar) seus filhos. Do mesmo modo,

a vida dos seus pais e avós também era, em muitos aspectos, diferente da que vivemos hoje.

Modelos de família

São muitas modificações na organização das cidades, na economia, no trabalho, em como nos relacionamos que afetam as nossas famílias. E isso não atinge apenas a constituição da família: que antes era mais parecida com as de propaganda de margarina (pai, mãe, filhos) e agora está cada vez mais variada. *O modelo atual de família inclui esse padrão, dito tradicional, mas também tantos outros,* como as famílias monogâmicas (um adulto cuidando de filhos), famílias recasadas (fruto de um 2º ou 3º casamento, que pode juntar filhos de relacionamentos anteriores e do relacionamento atual), famílias homoafetivas (com filhos adotivos ou biológicos). Essas mudanças afetaram também como nos relacionamos. Experimentamos relações cada vez mais democráticas e afetuosas entre pais e filhos. Muitas famílias também precisam inventar novas formas de estar perto, de acompanhar os filhos em meio a tantas exigências do trabalho.
Mas uma coisa interessante de perceber é que, mesmo com tantas mudanças na família, uma coisa não mudou: as tarefas da parentalidade! Ainda atribuímos certas responsabilidades a mães e pais. Esperamos que eles tenham condições de educar, cuidar, orientar, transmitir valores e cultura, fornecer abrigo, comida, afeto (Moreira & Biasoli-Alves, 2008; Wagner, Mosman, Dell'Aglio, & Falke, 2010). Porém, mesmo que essas tarefas sejam importantes e não tenham mudado, há uma única forma de exercê-las?

"Jeito certo" de exercer a parentalidade? Mais um mito a ser quebrado

Outra grande dificuldade atual é lidar com *o que esperam de uma mãe e de um pai,* em termos de dedicação, envolvimento e cumprimento

de deveres culturalmente naturalizados. Como cumprir seus deveres e, ao mesmo tempo, ser coerente com seus valores, planos pessoais e sua própria dinâmica familiar e social? Pois é... muitas (muitas!) vezes isso simplesmente não é possível, e não há nada de errado com isso!

Com relação às mães, apesar das mudanças já instaladas e ainda em andamento (Drago & Menandro, 2014; Scavone, 2001), a famosa frase "ser mãe é padecer no paraíso" diz muito do que se espera delas: sacrifício, abnegação, amor incondicional. *Uma boa mãe ama e se doa completamente a seu filho, abre mão de tudo o que for preciso pelo seu bem.* Assim é dito mas, pensemos, é possível mesmo ser assim? Deveria ser assim? Padecer? Sofrer? Antes de ser mãe, toda mulher é humana e, por isso, tem vontades, sentimentos, desejos de autorrealização pessoal, profissional e afetiva. Não seria muito injusto com ela própria negar tudo isso? Uma pessoa que abre mão de sua realização pessoal, que nega tristezas, desiste de sonhos ou interpreta tudo isso como mais uma forma de "padecer no paraíso" é a única que pode se tornar uma boa cuidadora e transmitir bons valores e sentimentos a outro? Desmistificar crenças que aprisionam a maternidade em um modelo de parentalidade sacrificante é essencial para que esse ser humano não se anule e se fortaleça durante sua vivência da maternidade como mulher, parceira, irmã, amiga, profissional. Reconhecer dificuldades e procurar apoio, confiar em suas habilidades maternas e, ao mesmo tempo, atender a desejos além da maternidade são meios de a mulher se fortalecer como pessoa e como mãe, tornando-se um modelo forte de mulher e de ser humano e uma pessoa mais apta para oferecer atenção e cuidados com segurança e qualidade a seu filho.

E o pai? Bom, o pai é um caso à parte (às vezes literalmente). Em geral, mesmo que se conte com o carinho e afeto paterno, o que se espera necessariamente de um pai é o provimento da casa (Freitas et al., 2009) - expectativa essa de homens e mulheres. Brincadeiras nas "horas vagas" e "ajudas" à mãe (quando possível) para muitos seriam um bônus resultante de um dia menos cansativo de trabalho.

Para além das discussões sobre a dupla jornada feminina (tratada mais à frente), trazemos aqui o aspecto de exclusão paterna em uma vivência de parentalidade que vai além do provimento material e da ajuda esporádica em casa. Homens, mulheres, familiares, profissionais da saúde e da assistência muitas vezes desconsideram o potencial do pai em ser uma figura mais presente e ativa em interações de cuidado, atenção e afeto. Essa nova paternidade, que abrange estes aspectos têm, cada vez mais, se destacado em pesquisas da área (Carneiro et al., 2013; Ferreira et al., 2014).

Por outro lado, além dos pais que "abortam" seus filhos ao abandonarem as parceiras grávidas, temos pais que são excluídos ou se excluem do contato com o filho por serem vistos por muitos (ou se verem), por exemplo, como desajeitados, incompetentes e mesmo desnecessários (Oliveira & Brito, 2009; Toneli, Medrado & Lyra, 2011). Valorizar o pai como agente de bons cuidados é um modo de fortalecer sua presença física e emocional junto a seu filho; é fortalecer a valorização do homem em contextos e relações que muitas vezes a própria sociedade ainda nega. Afinal, como já foi dito, todos que desejarem tem condições de se construírem pais e mães.

Decifrando seu filho

Outro desafio enfrentado por pais e mães é a capacidade de estar atento às necessidades dos seus filhos. Segundo a Psicologia, isso envolve não apenas a capacidade de perceber que seu filho está com sono, com medo, com frio: é preciso estar atento ao que cada filho precisa para se desenvolver em cada momento de sua vida. Em cada idade os filhos têm necessidades diferentes. Para ter uma ideia, crianças, por exemplo, precisam que as regras sejam construídas pelos pais e colocadas para elas. Já adolescentes precisam de algumas regras preestabelecidas e outras co-construídas e filhos adultos precisam de espaço para construir suas próprias regras.

Não basta, então, encontrar uma única estratégia que funcione para fazer a relação pais e filhos funcionar. É preciso estar atento ao desenvolvimento dos filhos para atualizar constantemente esse funcionamento. Talvez uma criança que voluntariamente divide com os pais sobre o seu dia, suas dúvidas e seus pensamentos se torne um adolescente que precisa das perguntas dos pais e da certeza de que suas dúvidas não serão criticadas para dividir seus anseios com os pais. Assim, a construção desse pai e mãe deve continuar sempre. Mas, afinal, do que filhos precisam? Como saber o que devo buscar ser e fazer como pai e mãe?

A psicologia vem estudando esse papel parental há anos, e conseguiu chegar a algumas pistas. Os estudos afirmam que há diversas práticas diárias que acabam construindo um clima parental, uma forma mais ou menos equilibrada dos pais se relacionarem com seus filhos, chamada de estilos parentais (Baumrind, 1966, 2005; Maccoby & Martin, 1983; Teixeira, Bardagi & Gomes, 2004). Esses estilos são formados por práticas que se agrupam em duas grandes categorias: as de responsividade e as de exigência (Maccoby & Martin, 1983). As práticas responsivas dizem respeito às ações de apoio emocional, de afeto, a estar atento as necessidades dos filhos e a comunicação clara. As práticas exigentes, por sua vez, se referem ao controle, às regras e aos padrões de comportamento (Reppold, Pacheco & Hutz, 2002).

Uma coisa muito interessante dos estilos parentais é que esse modelo de exigência e responsividade é abrangente e pode ser exercido de inúmeras formas. Ou seja, cada pai, cada mãe, com cada filho tem espaço para construir uma forma única de ser e se relacionar. Afinal, enquanto numa família ter a comunicação clara significa almoçar junto todos os dias e conversar sobre o dia, em outra pode significar conversar por mensagens instantâneas no celular. Enquanto para um filho as regras serão impostas pelos pais, para outro elas serão co-construídas. Dessa forma, esse modelo nos oferece um parâmetro geral, que poderá ser vivenciado de acordo com a realidade de cada um, em cada momento da relação pais e filhos.

Sabemos também que o modelo mais adequado para o desenvolvimento dos filhos - ou seja, associado a crianças e adolescentes com melhor desempenho acadêmico, menos comportamentos de risco, autoconceito positivo, autoconfiança e bem-estar psicológico (Boeckel & Sarriera, 2006; Costa, Teixeira & Gomes, 2000; Darling, 1999; Hutz & Bardagi, 2006; Lamborn, Mounts, Steinberg & Dornbusch, 1991) - é o modelo que combina altos níveis de responsividade e altos níveis de exigência. Isto é, pais que estão atentos às necessidades dos filhos, que são apoiadores, afetivos, mas também que estabelecem regras claras, controle e expectativas de como os filhos devem se comportar. E isso nos remete a outro desafio que pais e mães têm enfrentado na tarefa de construir-se: *Exercer seu papel de autoridade.*

"Não" é não

A experiência clínica e as pesquisas têm nos apontado que muitos pais na atualidade têm dificuldades de exercer sua autoridade parental. Por um lado, os pais parecem não querer repetir os padrões autoritários vivenciados com seus próprios pais (Stengel, 2011). Por outro, como já dissemos, a família tem se modificado muito. As práticas de gênero e parentais também demonstram essas modificações (Wagner, Predebon, Mosman, & Verza, 2005) tornando a autoridade parental uma tarefa dividida entre os cônjuges. Mas, se o modelo autoritário e tradicional conhecido por esses pais não serve mais, a falta de um novo modelo deixa pais e mães inseguros. E na busca por novos modelos, muitos acabam por não exercer sua autoridade com seus filhos, o que torna a hierarquia familiar confusa: afinal, quem constrói as regras na família: os pais ou os filhos? Tantas transformações tornam o sistema familiar um terreno fluido no que diz respeito à autoridade, a determinação, cumprimento e manutenção das regras (Romanelli, 2000).

Além dessa dificuldade, os pais podem se sentir cobrados e culpados por, muitas vezes, dispensarem de pouco tempo para se dedicar

aos filhos (Barbosa & Wagner, 2014; Stengel, 2011). Por um lado, as necessidades econômicas exigem mais tempo de dedicação ao trabalho. Por outro, muitas podem ser as oportunidades que se abrem de buscar a satisfação individual através de um trabalho ou carreira. Isso tudo tem tornado o tempo de muitos pais e mães com seus filhos cada vez mais escasso. E longe de apontar o modelo tradicional de mães exclusivamente dedicadas aos filhos como ideal ou até mesmo viável, queremos defender a liberdade das famílias de buscarem seus próprios arranjos; liberdade de organizarem seu tempo com a família da forma que for possível mas ainda assim adequada às necessidades de todos os seus membros. Inevitável deixar aqui a observação de que, cada vez mais, a discussão e implementação da redução da jornada de trabalho para todos os setores torna-se uma necessidade, atendendo a demandas macro (como a abertura de vagas de trabalho) e demandas de cunho privado (com implicações públicas), como a organização de uma família produtiva, tenha ela a configuração que for.

Mas diante dessas dificuldades precisamos dizer: a parentalidade exige dedicação. E dedicação exige tempo. Não é possível acompanhar as necessidades do seu filho se você nunca está com ele. Por outro lado, buscar um modelo de dedicação aos filhos que não se sustenta na atualidade tem consequências desastrosas. Ao acreditarmos que apenas o modelo de dedicação exclusiva aos filhos demonstra todo o amor que você sente por ele, quando essa dedicação não é possível nos sentimos culpados. E a culpa nos leva a decisões equivocadas. Se o seu filho lhe pede algo e você cede, compra ou faz apenas porque se sente culpado ou porque não quer passar o único tempo que tem com ele dizendo "não", erros serão cometidos.

É tarefa dos pais exercer sua autoridade, e isso inclui dizer muitos "nãos" durante a vida desses filhos. Impor limites, construir expectativas de comportamento, acompanhar e controlar o que esse filho faz é tão importante para o seu desenvolvimento quanto amá-lo incondicionalmente. Afinal, é por amor que os pais devem exercer sua autoridade, já nos mostram as pesquisas em estilos parentais. É possível

construir um equilíbrio entre uma relação afetuosa e democrática e a construção de limites e regras. É possível ouvir as necessidades e argumentações dos filhos e ainda assim tomar decisões maduras que levem em conta seu desenvolvimento a longo prazo e não seu prazer momentâneo.

Estabelecer regras claras, mesmo que democráticas, é tarefa importante para o bom desenvolvimento dos filhos e da família. Alguns teóricos especializados no estudo da família têm afirmado que a hierarquia, a comunicação e a existência de fronteiras nítidas é o caminho para a saúde da família (Minuchin, Lee & Simon, 2008). Isso significa que assumir o papel de liderança, de modelo, de orientação que é esperado desse modelo hierárquico de família significa contribuir para o futuro de seus filhos. E desempenhar esse papel de liderança não precisa ser através de atitudes autoritárias. A comunicação clara e ligada ao afeto (lembram da responsividade?) é parte importante da existência de regras, das hierarquias e do bom desenvolvimento de crianças e adolescentes.

Uma comunicação clara significa explicar os motivos das regras, ouvir os argumentos que são colocados contra e favor delas e tomar uma decisão como líder da família. Esse é o papel dos pais. Porém, não esqueçam! A comunicação também deve ser adequada ao nível de desenvolvimento de cada filho. Não adianta discutir por horas com uma criança de dois anos. Ela não compreenderá tantas explicações. Já um adolescente precisa compreender e ter espaço para ser ouvido durante as discussões e estabelecimento das regras.

Finalmente, a construção de fronteiras nítidas significa que deve haver uma fronteira que filtra a troca de informações entre o que chamamos de subsistema parental e subsistema conjugal. Ou seja, há uma organização dentro da família que diz respeito às questões do casal e da conjugalidade. Isso inclui algumas decisões parentais que devem ser tomadas pelos adultos. Assuntos ligados a isso não competem aos filhos. E isso inclui os conflitos conjugais. E vamos deixar claro: conflitos existem em qualquer casal ou família. A questão que define a

saúde familiar é: como esses conflitos são resolvidos? Com violência e agressividade ou com discussão e solução? A segunda opção é sempre a melhor. De qualquer forma, os assuntos que competem ao casal devem ser discutidos entre o casal. Os filhos, como participantes de outro subsistema, não devem ser envolvidos.

Já outras questões que dizem respeito aos filhos e a toda a família devem ser compartilhadas com todos. Para algumas famílias isso pode significar decidir juntos sobre as férias. Para outras é compartilhar sobre as preocupações e necessidades de "apertar os cintos" com os gastos familiares em época de crise econômica. O que importa é que as questões sejam filtradas de acordo com a hierarquia e a capacidade de compreensão dos filhos. Não dá para exigir que as crianças compreendam a crise financeira no país, mas eles não podem também ser protegidos das dificuldades financeiras que a família vivencia ganhando o presente mais caro da loja a todo custo. Equilíbrio é indispensável para a construção da parentalidade. Mas isso não se faz com facilidade. Exige muito esforço, amor e dedicação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Falar sobre parentalidade é tarefa difícil que não se resolve em poucas páginas (nem mesmo em muitas). Esperamos que tenhamos conseguido favorecer pensamentos críticos e reduzido dúvidas e angústias daqueles que se deparam com o desafio e o presente que é a parentalidade.

Caminho longo sempre traz novas surpresas e ser mãe e pai é também estar preparado para lidar com essas surpresas por meio de improvisos, suportes familiares ou de amigos, grupos de orientação, profissionais e mesmo estudos e leituras direcionadas. Não há nada de errado em não saber. Não há nada de errado em ter dúvidas, ou mesmo em não alcançar o ideal que é exigido por aí. Compartilhem de suas dúvidas e sucessos com outros pais, professores, psicólogos/as e outros profissionais que possam estar à disposição para ajudá-los nessa caminhada.

Fica o nosso convite que vocês possam refletir sobre esse papel de pais e mães. Pensar sobre o que imaginam ser sua tarefa e problematizar o quanto disso é necessário ou até mesmo possível. Construir objetivos mais reais sobre a parentalidade é um primeiro passo para o sucesso.

Além disso, atentem às necessidades de cada fase do desenvolvimento dos seus filhos. A palavra-chave para um bom desenvolvimento é a flexibilidade. Assumam seu papel de liderança com confiança, comunicação, regras claras e fronteiras nítidas. No mais, usem e abusem do amor! Não apenas aquele amor que busca conforto no presente, mas o amor que planeja o bem-estar e a felicidade a longo prazo.

REFERÊNCIAS

Barbosa, P. V., & Wagner, A. (2014). **O desenvolvimento da autonomia adolescente: contexto, valores de socialização, estilos educativos e a legitimidade da autoridade parental**. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. **Child Development, 3**7(4), 887-907.

Baumrind, D. (2005). Patterns of parental authority and adolescent autonomy. **New directions for child and adolescent development, 108**, 61-69.

Boeckel, M. G., & Sarriera, J. C. (2006). Estilos parentais, estilos atribucionais e bem-estar psicológico em jovens universitários. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano, 16**(3), 53-65.

Carneiro, L., Da Silva, K., Pinto, A., Silva, A., Pinheiro, P., & Vieira, N. (2013). Benefícios da presença paterna nos cuidados com o lactente. **Revista Enfermagem UER J, 21**(5), 637-641.

Costa, F. T. da, Teixeira, M. A. P., & Gomes, W. B. (2000). Responsividade e exigência: duas escalas para avaliar estilos parentais. **Psicologia: Reflexão e Crítica, 13**(3), 465-473.

Darling, N. (1999). Parenting style and its correlates. *Eric Digest - Clearinghouse on* **Elementary and Early Childhood Education Champaign IL**, 99-103.

Drago, Á. B., & Menandro, M. C. S. (2014). A paternidade e a maternidade sob o olhar de jovens de classe média e baixa: Um estudo em representações sociais. **Revista Colombiana de Psicología, 23**(2), 311-324.

Ferreira, T., De Almeida, D., De Brito, H., Cabral, J., Marin, H., Campos, F., & Marin, H. (2014). A importância da participação paterna durante o pré-natal: percepção da gestante e do pai no município de Cáceres – MT. **Gestão e Saúde, 5**(2), 337-345.

Freitas, W. M., Silva, A. T. M. C., Coelho, E. A. C., Guedes, R. N., Lucena, K. D. T., & Costa, A. P. T. (2009). Paternidade: Responsabilidade social do homem no papel de provedor. **Revista de Saúde Pública, 43**(1), 85-90.

Hutz, C. S., & Bardagi, M. P. (2006) Indecisão profissional, ansiedade e depressão na adolescência: a influência dos estilos parentais. **Psico-USF, 11**(1), 65-73.

Lamborn, S. D., Mounts, N. S., Steinberg, L., & Dornbusch, S. M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents

from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. **Child Development, 62**, 1049-1065.

Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent–child interaction. Em P. H. Mussen (Ed.) & E. M. Hetherington (Ed. Vol.), **Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development** (4. ed., pp. 1-101). New York: Wiley.

Minuchin, S., Lee, W., & Simon, G. M. (2008). **Dominando a terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed.

Moreira, L. V. de C., & Biasoli-Alves, Z. M. M. (2008). O olhar dos pais de camada média sobre a educação de filhos. Em L. Moreira, & M. A. Ana (Orgs.), **Família e educação: olhares da psicologia** (pp. 33-57). São Paulo: Paulinas.

Oliveira E. M. F., & Brito R. S. (2009). Ações de cuidado desempenhadas pelo pai no puerpério. **Escola Anna Nery, 13**(3), 595-601.

Reppold, C. T., Pacheco, J. T. B., & Hutz, C. S. (2002) Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: Uma análise das práticas educativas e estilos parentais. Em C. S. Hutz. (Org.), **Situações de Risco e Vulnerabilidade na Infância e na Adolescência: Aspectos Teóricos e Estratégias de Intervenção** (pp. 7-51). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Romanelli, G. (2000). Autoridade e poder na família. Em M. do C. B. Carvalho (2000). **A família contemporânea em debate** (3. ed., pp. 73-88). São Paulo: Cortez.

Scavone, L. (2001). Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 5**(8), 47-60.

Stengel, M. (2011). O exercício da autoridade em famílias com filhos adolescentes. **Psicologia em Revista-BH, 17**(3), 502-521.

Teixeira, M. A. P., Bardagi, M. P., & Gomes, W. B. (2004). Refinamento de um instrumento para avaliar responsividade e exigência parental percebidas na adolescência. **Avaliação psicológica, 3**(1), 1-12.

Toneli, M. J. F., Medrado, B., Trindade, Z. A., & Lyra, J. (2011). Paternidades e políticas de saúde no contexto da gravidez na adolescência. Em M. J. F. Toneli, B. Medrado, Z. A. Trindade, & J. Lyra (Orgs), **O pai está esperando? Políticas públicas de saúde para a gravidez na adolescência** (pp. 11-24). Florianópolis: Ed. Mulheres.

Wagner, A. (2003) A família e a tarefa de educar: algumas reflexões a respeito das famílias tradicionais frente a demandas modernas. Em T. Ferrés-Carneiro (Org.), **Família e casal: Arranjos e demandas contemporâneas** (Vol. 1, pp. 27-33). Rio de Janeiro: Ed. Loyola.

Wagner, A., Mosman, C. P., Dell'Aglio, D. D., & Falke, D. (2010). **Família & Internet**. São Leopoldo: Sinodal.

Wagner, A., Predebon, J., Mosmann, C., & Verza, F. (2005). Compartilhar tarefas? Papéis e funções de pai e mãe na família contemporânea. **Psicologia: Teoria e Pesquisa, 21**(2), 181-186.

Vianna, C, & Finco, D. (2009). Meninas e meninos na Educação Infantil: uma questão de gênero e poder. **Cadernos Pagu, 33**, 265-283.

Zanella, A. V., & Andrada, E. G. C. de (2002). Processos de significação no brincar: problematizando a constituição do sujeito. **Psicologia em estudo,** 7(2), 127-133.

Capítulo 13

Quando o bebê não vai para casa: a parentalidade iniciada no contexto hospitalar

Carolina Monteiro Biasutti
Virgínia Effgem

O processo de tornar-se mãe e tornar-se pai inicia-se antes mesmo da chegada do bebê, na gravidez, quando a família que receberá essa criança se vê num momento de reorganização dos papéis sociais até então desempenhados – de filhas(os), mulheres e homens, esposas e maridos, estes passam também a serem mães e pais (Barros, 2018). Da mesma forma, a representação parental sobre a maternidade e paternidade também se inicia nas identificações e experiências vivenciadas

por esses mães e pais desde a infância, e podem influenciar e determinar a maneira que a parentalidade será exercida. Isso posto, é possível destacar que as conjugalidades podem ser múltiplas (Brasil, 2017), e que a parentalidade está associada às vivências ao longo da vida, expectativas quanto à parentalidade e desejos dos futuros responsáveis sobre essa criança, o que independe da configuração familiar (Zornig, 2012).

O vínculo afetivo entre genitores e bebê se inicia ainda na vida intrauterina, onde o casal se reorganiza para acolher esse novo membro familiar (Carvalho & Pereira, 2017). Para a família, o período gestacional é marcado por transformações que envolvem além da preparação ambiental, também mudanças sociais, fisiológicas, psíquicas e emocionais (Barros, 2018; El-Aouar, 2016). Esse período revela-se como um momento de grandes expectativas, idealizações e fantasias que os membros do casal possuem acerca do bebê, importantes para o desenvolvimento da parentalidade (Barros, 2018; Carvalho & Pereira, 2017). A criança existente nas fantasias maternas e paternas (Brasil, 2017), e se constrói a partir das expectativas de cada casal durante a gestação (Carvalho & Pereira, 2017). Já o bebê real é representado pelo bebê já nascido, que recebe o investimento dos membros familiares. As características desse bebê confirmam ou frustram os desejos parentais depositados em torno do bebê imaginário, e atualizam sua percepção sobre a criança (Brasil, 2017).

Assim posto, comumente encontramos famílias que, partindo de gestações saudáveis, se preparam emocionalmente e esperam o nascimento de um bebê sadio e ativo (Braga, Machado & Bosi, 2008). Ainda, nesses contextos, existe a expectativa de que o pai e a mãe fiquem juntos ao seu bebê após o nascimento, para que seja cuidado, amamentado e acolhido pelos membros da família (Baptista, Agostinho, Baptista & Dias, 2010).

No entanto, nem sempre tal condição é possível, uma vez que intercorrências podem ocorrer durante a gravidez, no parto ou mesmo com relação à condição clínica do bebê. Em alguns casos,

por exemplo, é necessário o parto prematuro para resguardar a vida do bebê ou da própria mãe (Braga *et al.*, 2008).

A prematuridade pode ser definida como sendo o bebê nascido antes de completar a 37ª semana de gestação, com peso menor ou igual à 2.500 gramas (Carvalho & Pereira, 2017; El-Aouar, 2016; Silva, Barbosa, Rocha & Ferreira, 2018). O parto prematuro, ainda que programado, é oriundo de uma urgência médica (Rosa & Gil, 2017), e resulta no nascimento de um bebê pequeno e frágil (Schermann & Brum, 2012), que não expressa suas necessidades da mesma forma que um bebê a termo (Baptista *et al.*, 2010).

Uma vez que a prematuridade entra em cena, a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) passa a ser uma provável realidade para a vida dessa família. A UTIN foi desenvolvida na década de 1960, e é o ambiente hospitalar destinado aos cuidados dos recém-nascidos prematuros e/ou gravemente enfermos que necessitam de cuidados médicos, técnicos e intervenções contínuas (Gonçalves, Reis & Vicente, 2015; Rosa & Gil, 2017), e equipado com aparelhagens tecnológicas sofisticadas que pretendem minimizar o impacto do nascimento prematuro para o bebê (Carvalho & Pereira, 2017). Entretanto, embora as UTIN's, tenham aumentado os índices de altas de recém-nascidos prematuros e tenham a função de assegurar a vida do bebê, estas também são promotoras de uma atmosfera fria e hostil, permeadas por regras hospitalares muitas vezes incompreendidas pelos familiares que cercam aquele recém-nascido (Barros, 2018; Melo *et al.*, 2016; Perlin, Olveira e Gomes; 2011; Souza *et al.*, 2017).

Deste modo, em situações de nascimento prematuro, quando os bebês geralmente são separados de suas mães imediatamente e muitas vezes são internados em uma UTIN para receber assistência especializada, há uma realidade recebida com medo por essa família, o que pode desencadear sentimentos de culpa, frustração, incompetência, medo e ansiedade (Barros, 2018; Braga *et al.*, 2008). A notícia da necessidade de hospitalização da criança é um momento instável

e de incertezas, sendo a imposição desta separação dolorosa para os/as pais/mães (Andreani, Custódio & Crepaldi, 2006).

O nascimento de um bebê que precisa ficar internado na UTIN é contrário a tudo o que foi sonhado e esperado por essa família durante o período gestacional, que desejava voltar para casa com a criança nos braços após o seu nascimento (Carvalho & Pereira, 2017; Rosa & Gil, 2017; Veronez, Borghesan, Correa & Higarashi, 2017). O ambiente hospitalar, frio e inóspito, juntamente com o distanciamento do recém-nascido, que está envolto aos equipamentos de alta tecnologia, limita as interações entre a família e o bebê, e o afasta do colo dos pais/mães (Carvalho & Pereira, 2017; Melo *et al.*, 2016).

Nesses casos a família vivencia com maior intensidade o confronto entre o *bebê imaginário* e o *bebê real*, uma vez que essa situação de nascimento e acolhimento da criança rompe com a fantasia criada pela família durante a gestação, o que pode gerar confusão emocional, estranheza e distanciamento dos cuidadores com relação às características apresentadas por um bebê prematuro, comumente frágil e vulnerável (Rosa & Gil, 2017). O luto do bebê idealizado também traz repercussão na vida familiar, uma vez que além da consciência de saber que a criança nasceu diferente do que era esperado, emergem também registros psíquicos dos próprios pais, que experimentam medos, preocupações e anseios sobre o futuro da família (Carvalho & Pereira, 2017).

Esse é um período de sofrimento para o casal, que precisa reelaborar a atual condição em que vivem (Carvalho & Pereira, 2017). Se os bebês são considerados prematuros, os responsáveis também o são, visto que a fase final da gestação não foi vivenciada (Morsch, Braga, Borges, Kislanov & Cupolillo, 2012; Brasil, 2017). Portanto, no momento em que nasce um bebê prematuro, nasce também a parentalidade, conferida de forma repentina, associando a esta fase ansiedade e estresse (Barros, 2018; Schermann & Brum, 2012).

O nascimento prematuro do bebê pode fazer com que as expectativas da mulher enquanto mãe sejam alteradas, surgindo o sentimento

de culpa por não ter sido capaz de gerar um bebê a termo, e consequentemente, por sua condição de saúde (Brasil, 2017), tal como por julgar-se incapaz de cuidar e proteger a criança, uma vez que o bebê passa por diversas intervenções dolorosas durante a internação (Braga *et al.*, 2008). Além disso, a dificuldade em prestar os cuidados de rotina ao recém-nascido internado é vivenciada com fragilidade pelas mães, pois acreditam que apenas a equipe hospitalar conhece a melhor forma de cuidá-lo (Carvalho & Pereira, 2017).

Percebe-se ainda que o casal apresenta sinais de decepção, sensação de fracasso e tristeza frente ao nascimento prematuro do bebê (Braga *et al.*, 2008; El-Aouar, 2016; Brasil, 2017; Rosa & Gil, 2017; Veronez *et al.*, 2017). Sentimentos de impotência e frustração também são relatados devido à condição clínica do recém-nascido, que pode apresentar pioras repentinas, o que permeia os familiares de incertezas quanto a sua recuperação (Rosa & Gil, 2017), bem como por não corresponder aos investimentos da família, uma vez que passa a maior parte do tempo dormindo (Melo *et al.*, 2016; Rosa & Gil, 2017). Devido à condição de ansiedade e estresse em que se encontram, é natural que haja instabilidade emocional, com possibilidade de comportamento agressivo direcionado à instituição e aos profissionais que acompanham o bebê, caracterizando-se como uma estratégia de defesa, a fim de suportar todos os sentimentos negativos vivenciados durante o processo de hospitalização (Brasil, 2017).

Entretanto, por apresentarem experiências de vida diferentes, cada família vivencia esse momento de forma única (Campos, 2014). Enquanto alguns pais/mães apresentam mais recursos psicológicos para enfrentar essa situação, outros apresentam mais dificuldade (Carvalho & Pereira, 2017). Assim, tornar o ambiente da UTIN mais acolhedor, incentivando os contatos iniciais entre os responsáveis e seu bebê (Morsch *et al.*, 2012) e favorecendo que estes experimentem outras formas de se conhecerem é também um importante papel da equipe que assiste esse bebê (Brasil, 2017). Deste modo, as intervenções com pais/mães de bebês prematuros são iniciadas com

o estabelecimento de uma boa relação entre responsáveis, equipe, e rede de apoio, que vão refletir em melhorias no desenvolvimento do bebê (Schermann & Brum, 2012).

Todo esse processo de internação impede a família de ter um momento mais íntimo com seu filho/a e interfere em sua forma de interagir e maternar/paternar o/a recém-nascido/a, o que pode acometer em prejuízos no desenvolvimento de sua relação e manutenção do vínculo afetivo com o bebê (Carvalho & Pereira, 2017; Fleury, Parpinelli & Makuch, 2014; Scochi *et al.*, 2004). Não obstante, é sabido que o estabelecimento de um bom vínculo afetivo favorece positivamente o desenvolvimento tanto do bebê prematuro quanto do bebê a termo (Brasil, 2017; Carvalho & Pereira, 2017).

Estudos da psicologia do desenvolvimento e da neurociência indicam a importância da existência de um ambiente afetivo e sensível às necessidades do bebê, com interações que sejam facilitadoras às conexões sinápticas, provomendo melhor aproveitamento da plasticidade cerebral (Zornig, 2012). Este período considerado delicado é também categórico para o desenvolvimento neurobiológico e psicológico do bebê, repercurtindo a médio e longo prazo em sua vida (Schermann & Brum, 2012; Carvalho & Pereira, 2017).

Para formação do vínculo, é necessário que exista um período de aproximação entre o bebê e a família, para que a mesma o descubra, compreenda suas expressões faciais e sinais que permitam que o sentimento de pertencimento surja. Para vivenciar tais experiências, cada família tem o seu próprio tempo (Brasil, 2017). A dificuldade no estabelecimento do vínculo afetivo pode gerar desordens no relacionamento entre o pai/mãe e o bebê. Sobre esse processo, a equipe de profissionais deve estar atenta aos sinais de ansiedade apresentado pelos responsáveis, para que durante a internação, toda a família tenha uma experiência satisfatória (Silva *et al.*, 2018). Nesse sentido, a atenção oferecida pela equipe aos pais/mães é fundamental, pois através de informações, suporte e estratégias para o cuidado

com o bebê, facilitam essa aproximação, o que favorece a interação de ambos (Schermann & Brum, 2012; Veronez *et al.*, 2017).

Essa equipe é formada por profissionais de diferentes especialidades, dentre estas, médicos/as, enfermeiros/as, técnicos/as de enfermagem, psicólogos/as, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoterapeutas, entre outros, o que confere sua multidisciplinaridade. Estes exercem diferentes papéis no ambiente hospitalar, o que consequentemente reflete no grau de aproximação dos pais/mães com algumas destas especialidades. Psicólogos/as, assistentes sociais e enfermeiros/as tendem a ser mais solicitados pela família no início da internação, visto que sua conduta parte do princípio da escuta (Morsch *et al.*, 2012).

Segundo Andreani *et al.* (2006), os alvos das intervenções profissionais nas UTIN's seriam: a) fortalecer o suporte familiar para que ofereçam ao bebê boa qualidade de cuidado; b) aumentar a competência de cuidado dos responsáveis e; c) aumentar as capacidades sociais e físicas dos bebês. A literatura científica aponta que as intervenções com pais/mães de recém-nascidos/as internados/as mostram resultados positivos, aumentando a qualidade de vida tanto do bebê quanto da família (Schermann & Brum, 2012). O suporte oferecido por esses profissionais faz com que a família se adapte à rotina, desmistifica a ideia de bebê fragilizado (Brasil, 2017), e aumenta a sensação de segurança com os cuidados prestados pelos profissionais da UTIN (Veronez *et al.,* 2017).

O papel da equipe, como por exemplo o/a psicólogo/a, é de ajudar a tríade família-bebê a passar pela experiência do adoecimento, ouvindo e acolhendo os sentimentos e emoções vivenciadas pelos/as cuidadores/as, envolvendo-os no processo de melhora da criança (Carvalho & Pereira, 2017). O/A psicólogo/a deve trabalhar ainda no fortalecimento da confiança dos pais/mães em si mesmos/as e em sua capacidade de cuidar do recém-nascido. Uma boa comunicação entre a família e a equipe multidisciplinar e a participação dos responsáveis nos cuidados são estratégias que reduzem o impacto negativo da hospitalização (Melo *et al.*, 2016).

Geralmente, bebês prematuros são mais irritadiços e não se expressam de maneira adequada às suas necessidades devido à sua imaturidade biológica (Baptista *et al.*, 2010). A permanência da família na UTIN é *per se* uma importante intervenção aos bebês a esse respeito, uma vez que, através dessa proximidade os pais/mães conseguem identificar e suprir as necessidades do bebê. A simples presença destes promove maior organização corporal e psíquica do neonato (Carvalho & Pereira, 2017).

Envolver a família nos cuidados, capacitando-a a exercer seu papel parental e conferindo-a o seu direito de desenvolver e exercer a parentalidade sobre o bebê dentro da UTIN, é o primeiro passo para a eficácia do tratamento neonatal e posterior concretização da esperada alta hospitalar (Carvalho & Pereira, 2017). Com o propósito de alcançar esse objetivo, foi implementado no Brasil em 1990 o Método Canguru, intervenção que tornou-se uma aliada como forma de melhorar a qualidade da assistência prestada nos hospitais à família e recém-nascidos (Gontijo, Meireles, Malta, Proietti & Xavier, 2010).

O Método Canguru é uma técnica de assistência neonatal de contato pele a pele entre genitores e o recém-nascido de baixo-peso, em que este é posicionado junto ao peito dos pais/mães na posição vertical, apenas de fralda, envolto por um pano que garante a posição 'canguru'. O método deve ser aplicado pelo tempo máximo em que ambos estiverem confortáveis, fazendo com que os responsáveis participem do cuidado do bebê (Brasil, 2017; Gontijo *et al.*, 2010). Além da mãe, que é estimulada a realizar a posição canguru, o/a parceiro/a também é solicitado a realizá-lo. Este comportamento reforça os investimentos que o/a parceiro/a tem conferido ao/a filho/a e mantém uma interação compartilhada e saudável entre todos. Estimular o/a parceiro/a a realizar a posição canguru e em desempenhar as tarefas de cuidado com o bebê, além de fortalecer os laços, oferece à mãe espaço e descanso nesse período conturbado (Brasil, 2017).

Dentre os benefícios do método, o Ministério da Saúde aponta que este

> [...] reduz o tempo de separação mãe/pai-filho; facilita o vínculo afetivo mãe/pai-filho; possibilita maior competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho, inclusive após a alta hospitalar; estimula o aleitamento materno, permitindo maior frequência, precocidade e duração; possibilita ao recém-nascido adequado controle térmico; contribui para a redução do risco de infecção hospitalar; reduz o estresse e a dor; propicia melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; favorece ao recém-nascido uma estimulação sensorial protetora em relação ao seu desenvolvimento integral; melhora a qualidade do desenvolvimento neuropsicomotor. (Brasil, 2017, pag. 24)

O método deve ser encorajado pelos profissionais de saúde que assistem a família dentro da UTIN (Fleury *et al.*, 2014), e o acolhimento e valorização à presença da família no cuidado é importante na consolidação dos vínculos entre pais/mães e bebê, pois mesmo inseguros, os responsáveis tendem a sentirem-se assistidos e orientados, fazendo com que a experiência de internação seja mais construtiva (Veronez *et al.*, 2017).

A posição canguru permite que a família desenvolva laços de intimidade com seu/sua filho/a, pois o contato pele a pele além de ser uma importante forma de intervenção para saúde do bebê, inclui a família nos cuidados e favorece experiências que constroem a parentalidade (Brasil, 2017). Esse afeto ofertado pela família propicia a constituição do bebê no mundo, organizando seu esquema corporal e sua autoimagem (Carvalho & Pereira, 2017).

A oportunidade em exercitar esses cuidados parentais pode desencadear uma série de comportamentos benéficos para a saúde física e psicológica do recém-nascido, além de constituir uma atividade prazerosa e de vinculação para pais/mães e bebê (Perlin *et al.*, 2011). A aplicabilidade do método tem se demonstrado eficiente inclusive na diminuição do tempo de internação e aumento do ganho de peso do bebê (Schermann & Brum, 2012).

O envolvimento dos responsáveis na UTIN ajuda a diminuir a mortalidade de bebês prematuros e/ou de baixo-peso, contribuindo com o bem-estar e diminuição do estresse para a tríade (Amorim, Alves, Barros & Silva, 2015). Ainda, a participação da família durante a hospitalização do/a lactente também aumenta a confiança dos responsáveis com relação aos cuidados prestados por eles/as após a alta hospitalar, reduzindo consequentemente o risco de novas internações após a alta (Morsch *et al.*, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2017), a permanência da mãe em tempo integral na UTIN não é obrigatória. No entanto, é relevante informá-la sobre a importância de seu acompanhamento juntamente com o bebê, incentivando-a ao máximo em sua frequência no acompanhamento do bebê. Esse processo contribui para estimular a produção de leite e o aleitamento materno, promovendo também maior aproximação e apropriação dos cuidados com o bebê (Brasil, 2017; Amorim *et al.,* 2015).

Outras atitudes também podem auxiliar no processo de recuperação do bebê. Atividades como conversar, tocar, manter o olhar calmo, realizar movimentos leves e envolver-se nos cuidados diários são atitudes capazes de fazer com que o bebê apresente menores sinais de estresse, melhor qualidade de sono, menor agitação psicomotora, menos falhas na respiração, maior ganho de peso e consequentemente melhor progresso no desenvolvimento neurológico (Schermann & Brum, 2012; Carvalho & Pereira, 2017). Em situações em que o bebê esteja desorganizado, o toque firme e contido é uma eficaz forma de tranquilizar o bebê (Schermann & Brum, 2012).

Além disso, pesquisas apontam que mães de neonatos se tornam mais engajadas no processo de cuidado quando trocam experiências e constroem vínculos afetivos com outras famílias que passam pela mesma situação (Schermann & Brum, 2012). Morsch *et al.* (2012) assinalam ainda que a rede de apoio construída entre os responsáveis de bebês internados ocorre muitas vezes de forma espontânea e duradoura, e perdura até mesmo após a alta hospitalar.

Sendo assim, os grupos de pais/mães nas UTIN's se constituem em uma importante oportunidade da construção da relação entre os responsáveis, e fortalecimento da relação com a equipe. Ainda, a escuta nos grupos oferecidos pelas equipes de profissionais possui função terapêutica, visto que os/as participantes compartilham experiências, sentimentos e dificuldades semelhantes, encontrando nesse espaço amparo e segurança, o que o torna menos conflituoso e gera sentimentos mais positivos na família (Rosa & Gil, 2017). Dessa forma, as famílias com bebês hospitalizados passam a exercer importante rede de apoio entre si.

Mães que participam de grupos terapêuticos assinalam a importância de que outras pessoas do convívio familiar participassem juntamente com os/as parceiros/as da rotina da internação (Schermann & Brum, 2012). Segundo Andreani *et al.* (2006), boas redes de apoio oferecem, em momentos de crise, encorajamento, assistência e carinho àqueles que necessitam de apoio, o que favorece que as pessoas criem estratégias de enfrentamento e desenvolvam habilidades mais competentes de cuidado. Sendo assim, todas as redes de apoio estabelecidas por essa família são de grande importância no enfrentamento desse momento (Morsch *et al.*, 2012).

Desta forma, a equipe de profissionais de saúde deve estar atenta não só aos recém-nascidos assistidos pelas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, como também ao comportamento dos familiares, para que possam oferecer recursos a estes responsáveis na construção do vínculo parental durante a internação. A presença efetiva de uma rede de apoio à família, composta pelos profissionais de saúde, avós, parentes, amigos e outros responsáveis por bebês prematuros ou internados vão favorecer as interações dos/as pais/mães com o bebê, oportunizando o processo da parentalidade. Ou seja, envolver a família em um ambiente mais acolhedor e favorecer essa proximidade com as redes de apoio cria um espaço que propicia à família uma melhor experiência da parentalidade no contexto hospitalar (Morsch *et al.*, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Perceber o bebê enquanto parte da família, mesmo repleto de equipamentos, faz com que os/as pais/mães encontrem caminhos de exercer a parentalidade, favorecendo a aproximação destes/as com o bebê, oferecendo colo e cuidados diferentes dos ofertados pela equipe de profissionais da assistência neonatal. A partir do desenvolvimento dessa prática, em conjunto com o bebê, têm-se o sentimento de pertencimento entre a família e o bebê fortalecidos, e esta passa a resgatar os sonhos construídos para a família anteriores à internação (Morsch *et al.*, 2012).

Desse modo, as intervenções realizadas pela equipe multidisciplinar devem buscar oferecer suporte à família, acolhendo suas angústias frente à internação inesperada da criança e empenhando-se em contribuir na prevenção de dificuldades do desenvolvimento do vínculo da tríade pais/mães-bebê (Rosa & Gil, 2017). Isso posto, uma equipe que esteja atenta às necessidades parentais, tem condições de propor intervenções que facilitam o processo dos responsáveis encontrarem seus papéis e seus lugares no cuidado com o/a filho/a (Morsch *et al.*, 2012).

Assim, através do envolvimento da família, da estabilidade e da progressiva melhora do quadro clínico do bebê, os responsáveis passam a se sentir mais seguros e iniciam o preparo para enfrentar uma nova etapa em suas vidas: a vivência da parentalidade após a alta do hospital, no ambiente familiar.

REFERÊNCIAS

Amorim, M.; Alves, E.; Barros, H. & Silva, S. (2015). Regulation of parental leave among parents of very preterm infants. **Acta Medica Portuguesa, 28**(3), 281-282.

Andreani, G.; Custódio, Z. A. O. & Crepaldi, M. A. (2006). Tecendo as redes de apoio na prematuridade. **Aletheia, 24**, 115-126.

Baptista, A. S. D., Agostinho, V. B. M., Baptista, M. N. & Dias, R. R. (2010). Atuação Psicológica em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTI-Neo. In M. N. Baptista & R. R. Dias. **Psicologia Hospitalar – Teoria, Aplicações e Casos Clínicos**, 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Barros, P. L. L. M. (2018). **Avaliação das crenças sobre as práticas parentais ao recém-nascido prematuro na perspectiva das mães cuidadoras**. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde.

Braga, D. F., Machado, M. M. T. & Bosi, M. L. M. (2008). Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. **Revista de Nutrição, 21**(3), p. 293-302.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2017). **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru** 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde.

Campos, E. A. L. (2014). A atuação do psicólogo em UTI Neonatal: uma experiência para contar. **Psicólogo informação, 18**(18), 137-143.

Carvalho, L. S. & Pereira, C. M. C. (2017). As reações psicológicas dos pais frente à hospitalização do bebê prematuro na UTI neonatal. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, 20**(2), 101-122.

El-Aouar, I. S. (2016). **Tornando-se mãe de um bebê prematuro: a emergência de significados de maternidade a partir da experiência de cuidado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e ambulatório do Método Mãe Canguru**. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Psicologia.

Fleury, C., Parpinelli, M. A. & Makuch, M. Y. (2014). Perceptions and actions of healthcare professionals regarding the mother-child relationship with premature babies in an intermediate neonatal intensive care unit: a qualitative study, **BMC Pregnancy and childbirth, 14**(313).

Gonçalves, L. C. S., Reis, L. B. & Vicente, S. R. C. R. M. (2015). Estudo sobre coping com mães de bebês com cardiopatia: um estudo descritivo. In F. H. H. Miranda, A. S. Nascimento (Orgs). **Da Psicologia Social à Psicologia do Desenvolvimento – Pesquisas e Temáticas no Século XXI**. Jundiaí: Paco Editorial.

Gontijo, T. L., Meireles, A. L., Malta, D. C., Proietti, F. A. & Xavier, C. C. (2010). Avaliação da implantação do cuidado humanizado aos recém-nascidos com baixo peso – método canguru. **Jornal de Pediatria,** 86(1), 33-39.

Melo, R. A.; Araújo, A. K. C.; Bezerra, C. S.; Santos, N. M.; Marques, W. F.; & Fernandes, F. E. C. V. (2016). Sentimentos de mães de recém-nascidos internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia, 10**(32), 88-103.

Morsch, D. S.; Braga, N. A.; Borges, J, S.; Kislanov, S. & Cupolillo, S. (2012). Redes de suporte à parentalidade em UTI Neonatal: um relato de experiência. In C. A. Piccinini, P. Alvarenga (Orgs). **Maternidade e Paternidade: a parentalidade em diferentes contextos**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Perlin, D. A., Oliveira, S. M. & Gomes, G. C. (2011). A criança na unidade de terapia intensiva neonatal: impacto da primeira visita da mãe. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** 32(3), 458-64.

Rosa, R. R. & Gil, M. E. (2017). Suporte psicológico aos pais na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal: encontros possíveis e necessários. **Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar,** 20(2), 123-136.

Schermann, L. G & Brum, E. H. (2012). Parentalidade no contexto do nascimento pré-termo: a importância das intervenções pais-bebês. In C. A. Piccinini, P. Alvarenga (Orgs). **Maternidade e Paternidade: a parentalidade em diferentes contextos**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Scochi, C. G. S., Brunherotti, M. R. Fonseca, L. M. M., Nogueira, F. S., Vasconcelos, M. G. L. & Leite, A. M. (2004). Lazer para mães de bebês de risco hospitalizados: Análise da experiência na perspectiva dessas mulheres. **Revista Latino-americana de Enfermagem.** 12(5), 727-735.

Silva, P. L. N.; Barbosa, S. L.; Rocha, R. G.; Ferreira, T. N. (2018). Experience and needs of parents from premature neonates hospitalized in a neonatal intensive care unit. **Revista de Enfermagem da UFPI,** 7(1), 15-19.

Veronez, M.; Borghesan, N. A. B.; Corrêa, D. A. M. & Higarashi, I. H. (2017). Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 38(2), 1-8.

Zornig, S. A. (2012). Construção da parentalidade: da infância dos pais ao nascimento do filho. In C. A. Piccinini, P. Alvarenga (Orgs). **Maternidade e Paternidade: a parentalidade em diferentes contextos**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Sobre as autoras e os autores

Ana Cristina Barros da Cunha é psicóloga (IP/UFRJ, 1993), Mestre em Educação Especial (UERJ, 1996) e Doutora em Psicologia (UFES, 2004). Professora Associada do Departamento de Psicologia Clínica, onde é docente desde 1997 no Instituto de Psicologia da UFRJ. Docente do Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGP-IP-UFRJ, 2019). Coordenadora acadêmica da área de Psicologia do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade-Escola da UFRJ, onde também é pesquisadora e professora permanente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal. É mãe de duas meninas. Contato: acbcunha@yahoo.com.br

Andrea dos Santos Nascimento é psicóloga (1997), mestre em Política Social (2009), Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (2013). É professora do Departamento de Psicologia da UFES. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em: Trânsito e Mobilidade, Violência no trânsito, Segurança Pública, Sexualidade e Identidade de Gênero, Preconceito, Estereótipos e Discriminação. É mãe de uma menina e de um menino, adolescentes. Contato: andreanas@gmail.com

Bianca Martins é psicóloga pela Universidade Federal do Espírito Santo, especialista em Psicoprofilaxia em Medicina Fetal e mestre em Saúde Coletiva ambos pela Universidade Federal de São Paulo. Foi bolsista pelo CNPq, FAPES e FACITEC - Vitória em pesquisas na área de Saúde da Mulher e Violência Institucional e orientadora de Iniciação Científica. Integrou a equipe multidisciplinar de Assistência às Mulheres Vítimas de Violência Sexual do Departamento de Obstetrícia da Universidade de São Paulo. Implantou o Serviço de Psicologia Perinatal do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM). Fundadora da Clínica Infans dedicada à consultoria institucional e atendimentos clínicos de gestantes, bebês e famílias e mãe de um menino. Contato: biancamartins@infans.com.br

Camila Nogueira Bonfim Duarte é psicóloga e Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo. Atualmente é doutoranda em Psicologia pela mesma universidade. Atua com avaliação neuropsicológica e psicologia clínica. Atuou na Política de Assistência Social a nível municipal e estadual. Integrou, como conselheira titular, o Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Mulher do Estado do Espírito Santo. Doula, com formação teórica e prática obtidas no I Curso de Formação de Doulas oferecido pelo grupo Zalika - Maternidade, Parto & Infância, em parceria com o INFANS - Instituto da Família. Sua atuação e experiência acadêmica centram-se na Psicologia Social e da Saúde, com ênfase em temas associados à Violência contra a Mulher, Gênero, Masculinidade, Adoção e Psicologia Perinatal. É mãe de duas meninas. Contato: camilanogueirabonfim@gmail.com

Carolina Monteiro Biasutti é psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo. Possui experiência de pesquisa em direitos da criança e do adolescente, desenvolvimento infanto-juvenil e família, com ênfase em famílias monoparentais e homoparentais.

Atuou como Psicóloga Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica (UTIN/UTIP). Foi bolsista FAPES (Mestrado) e CNPq (Doutorado). Atua como psicóloga clínica. Contato: psicarolinabiasutti@gmail.com

Cláudia Fell Amado é terapeuta ocupacional graduada e mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco, especialista na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade de Pernambuco. Atualmente é professora assistente do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba e doutoranda em Saúde Coletiva no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. É mãe de uma menina. Contato: claudiafell.saude@gmail.com

Cynthia Perovano Camargo é capixaba e trabalha como psicóloga na Universidade Federal do Espírito Santo, onde desenvolve ações de prevenção e promoção à saúde junto a servidores e estudantes. Possui doutorado em Psicologia, mestrado em Psicologia Institucional e especialização em Saúde Coletiva, todos pela UFES. Tem interesse, dentro da Psicologia, nos aspectos relacionados à Saúde Coletiva, especialmente à Saúde do Trabalhador; Psicologia Clínica e Psicoterapias; Hipnose Ericksoniana; Sexualidade Humana e Psicologia Positiva. Contato: cynthiaperovano.psi@gmail.com

Fernanda Pontual Perim é psicóloga pela Universidade Federal do Espírito Santo. Educadora parental, é a idealizadora, autora e fundadora da plataforma PsiMama. Sua área de interesse e atuação abrange a Psicologia Perinatal, Infantil e do Desenvolvimento. Seu trabalho tem como principal objetivo conscientizar pais e mães, além de munir de ferramentas para tornar o dia a dia com crianças mais leve. É mãe de dois meninos. Contato: fernandapontual@gmail.com

Georgina Ferguson é Bacharel em Política e Relações Internacionais pela *Surrey University*. Possui Pós-graduação em Educação em História pela *University of Reading* e Mestrado em Psicologia na *University of Derby*. Sua pesquisa de mestrado investigou o fenômeno do impostor e apoio social em mães de primeira viagem. Atualmente, é professora de educação especial e trabalha com crianças com dificuldades de aprendizagem. Georgina publicou na revista da Sociedade Britânica de Psicologia sobre o impacto do coronavírus na autoeficácia de mães de primeira viagem. Georgina gostaria de se especializar como Psicóloga Educacional e fazer um doutorado em Psicologia Educacional e da Criança, quando finalizar a licença maternidade de seu primeiro filho.

Gisèle Passos da Costa Gribel é médica graduada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, especialista em Anestesiologia pela Escola Paulista de Medicina e em Acupuntura Médica pela Associação Médica Brasileira. É mestre em Ciências Médicas pela Universidade Federal Fluminense. Atualmente é chefe do Serviço de Anestesiologia da Maternidade Escola da UFRJ e Coordenadora do Ambulatório de Acupuntura e Pré-anestésico da Maternidade Escola da UFRJ. É colaboradora do Laboratório de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Desenvolvimento e Saúde (LEPIDS). Contato: gisele.gribel@gmail.com

Isadora Lee Padilha Ferri é psicóloga em atuação clínica formada pela Universidade Federal do Espírito Santo e Mestre em Ensino de Humanidades pelo Instituto Federal do Espírito Santo, atuando principalmente nos seguintes temas: psicologia da educação, práticas educativas, feminismo, gênero, saúde do trabalhador, sexualidade e masculinidade. Doula com capacitação no curso "Revelando Doulas" oferecido pelo grupo Mulheres Empoderadas em São Paulo. É mãe de um menino de 2 ano. Contato: isaleep@gmail.com

Isis Daniella Carvalho Silva é terapeuta ocupacional pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Especialista em Docência do Ensino Superior. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). É mãe de uma menina. Contato: isisdaniella@hotmail.com

Katia Vione é graduada e mestre em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba e completou Doutorado em Psicologia pela *Cardiff University* em 2017. Atualmente é professora do departamento de Psicologia na *University of Derby*, na Inglaterra. Suas pesquisas focam em psicologia social, diferenças individuais e bem-estar. Parte de suas pesquisas buscam compreender como o fenômeno do impostor afeta diferentes populações como estudantes de graduação e pós-graduação, atletas e mães de primeira viagem. Contato: k.vione@derby.ac.uk

Laila Pires Ferreira Akerman tem graduação em Psicologia pelo Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Atuou como estagiária e assistente de pesquisa no LEPIDS, Laboratório de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Desenvolvimento e Saúde da Maternidade escola da UFRJ. Contato: lailaakerman@gmail.com

Livia Maria Maulaz Freitas é psicóloga clínica e palestrante, formada em Psicologia, pela Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal do Espírito Santo - UFES e Especialista em Terapia Comportamental pelo Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento (ITCR) - Campinas, SP. Contato: liviam.mfreitas@gmail.com

Mayara Natália de Lima Silva Chaves é terapeuta Ocupacional pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Contato: mayaranat@gmail.com

Mirian Béccheri Cortez é psicóloga pela Universidade Federal de São Carlos (2002). Realizou mestrado e doutorado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), onde finalizou o pós-doutorado. Especialista em Políticas Públicas e Justiça de Gênero (2018). Atuou como psicóloga no Núcleo de Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, do Ministério Público do Estado do Espírito Santo (MPES) e como gerente na Gerência de Proteção à Mulher da Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa Social do Espírito Santo (GPM/SESP-ES). Atualmente atua como pesquisadora, consultora e palestrante sobre esses temas e áreas afins e como psicóloga judiciária no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Pode vir a ser mãe, ou não. Contato: mirianbcz@gmail.com

Monalisa Nascimento Santos Barros possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (1987), mestre em *Applied Population Research - University of Exeter* (1997), doutora em Psicologia: Estudos da Subjetividade pela Universidade Federal Fluminense, UFF. É professora assistente da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Intervenção Terapêutica, atuando principalmente nos seguintes temas: Políticas Públicas, Saúde Sexual e Reprodutiva, Psicologia, Psicologia da Saúde, Psicologia Social e Adolescência. Contato: monabarros@globo.com

Nayara Oliveira Francisco é psicóloga e mestranda em Psicologia Institucional pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Atuou como extensionista no Programa Parthos – Intervenções Terapêuticas Transdisciplinares em mulheres no período perinatal, em Unidade de Saúde da Família (USF) e nos setores de Maternidade e Ginecologia do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM). É co-coordenadora do Grupo de Estudos Marielle: Racismo e Morte violenta. E-mail: nayara.oliveira.francisco@hotmail.com

Paola Vargas Barbosa é psicóloga, mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo. Doutora e pós-doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Atualmente é professora e coordenadora do curso de Psicologia da Faculdade Cesuca-Inedi, em Cachoeirinha, RS. Tem experiência com ênfase em Psicologia Social e Ecológico-sistêmica, atuando principalmente nos seguintes temas: autonomia adolescente, relacionamento familiar, parentalidade, conjugalidade, juventude, identidade social, intercâmbio cultural, gênero e violência. É mãe de dois meninos gêmeos. Contato: paolavargasbarbosa@gmail.com

Patrícia Ribeiro Pinto Furieri é médica ginecologista obstetra (TEGO), especialista titulada em Colposcopia. Mestranda no Curso de Pós Graduação em Gestão Pública da UFES. Ex-docente de Ginecologia e Obstetrícia na UFES e no Centro Universitário do Espírito Santo - UNESC. Atua como técnica de ensino/médica ginecologista e obstetra no Hospital Universitário/UFES junto a médicos residentes e estudantes de Medicina e em clínica privada.

Paulo Batistuta Novaes é médico ginecologista e obstetra, especialista em cirurgia minimamente invasiva e colposcopia e cursou mestrado em Medicina (NDI/UFES). Atua na maternidade escola da UFES/Hospital das Clínicas, em clínica privada, como professor convidado na disciplina Saúde e Espiritualidade (MULTIVIX) e como diretor da Associação Médico-Espírita do Espírito Santo. Já atendeu quase 8.000 partos e é pai de quatro filhos. Contato: paulobatistuta@terra.com.br

Roberta Rangel Batista é psicóloga, mestre (2014) e Doutora (2019) em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (PPGP/UFES). Atuou como pesquisadora visitante no Projeto *TransformIG*, vinculado ao *Institut für Sozialwissenschaften*, da *Humboldt Universität Zu Berlin*, e é pesquisadora colaboradora da Rede de Estudos e Pesquisas em Psicologia Social (NEPIS-REDEPSO/UFES). É Coordenadora de Curso

e Docente no Colegiado de Psicologia e Pedagogia da Faculdade Multivix Serra/ES, atuando também como Docente na Pós Graduação EAD. Tem experiência na área de Psicologia Social, desenvolvendo pesquisas com ênfase em processos psicossociais, representações sociais, processos identitários e migrações. Contato: roberta.ufes2012@gmail.com

Sérgio Werner Baumel é paulista radicado no Espírito Santo desde 1998. Médico formado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e psicólogo formado pela Universidade Federal do Espírito Santo, possuindo especialidades em Neurologia Clínica, Medicina Intensiva e Sexologia Clínica, e mestrado em Psicologia. Entre outras, possui ainda formação em Psicanálise Clínica, Psicologia Analítica, Hipnoterapia Ericksoniana e Terapia Regressiva. Atua em Vila Velha, em consultório privado nas áreas de neurologia e de psicoterapia. Contato: sergio@baumel.med.br

Taísa Candido de Batista é psicóloga pela Universidade Federal de Juiz de Fora (2014) e mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (2016). Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia Escolar/Educacional e Psicologia do Desenvolvimento, atuando principalmente nos seguintes temas: educação especial, sobretudo altas habilidades/superdotação. Contato: taisacandido@gmail.com

Valeschka Martins Guerra é psicóloga graduada, especialista em Sexualidade Humana e mestre em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba e doutora em Psicologia Social pela *University of Kent*, na Inglaterra. Atualmente é professora do Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo. Coordena o Grupo de Estudos e Práticas em Psicologia Positiva (GEPPSI+) e é mãe de dois meninos. Contato: valeschka.guerra@ufes.br

Virginia Effgem é psicóloga, especialista em Neuropsicologia e Reabilitação Cognitiva pela Universidade Vila Velha, Tutora da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo-Peso – Método Canguru, mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo, com formação em Terapia Cognitivo-Comportamental pelo Centro Cognitivo. Atualmente trabalha com atendimento psicoterapêutico individual, com grupo de pacientes com dor crônica e avaliação neuropsicológica em Vitória, ES. Contato: virginiaeffgempsicologa@gmail.com

Lista de assuntos

A
aborto
amamentação
analgesia
ansiedade
apoio social
atendimento
atividades físicas
autoeficácia

B
baby blues
bem-estar

C
conjugalidade
corpo
corpo grávido

D
depressão

desejo sexual
desumanização
disposição
doula

E
educador físico
episiotomia
estilos parentais
estratégias de enfrentamento

F
feto
fisioterapeuta
formação em psicologia
função sexual

G
gestação
gravidez

H
hormônio
humanização do parto

I
identidade
infertilidade

M
maternagem
maternidade
médico gineco-obstetra

melancolia
Método Canguru
mídia
mitos sobre parto
mortalidade
mudanças psicológicas

N
nutricionista

O
obstetriz
orgasmo

P
parentalidade
parteira
parto
paternidade
patriarcado
pelve
perspectiva teórica bioecológica
prematuridade
pré-natal
psicólogo/a
puerpério

R
reestruturações psicológicas
relação conjugal
relação mãe-bebê
relações sexuais

S
sexualidade
Síndrome de Couvard
síndrome do impostor

T
tipo de parto
trabalho de parto
tristeza

U
útero

V
violência obstétrica

GRAÚNA EDUFES