

## **DESAFIOS À SAÚDE MENTAL DE GESTANTES: DO PRÉ-NATAL AO PUERPÉRIO**

CHALLENGES TO THE MENTAL HEALTH OF PREGNANT WOMEN: FROM PRENATAL CARE TO POSTPARTUM

Amanda Alves Fonseca<sup>1</sup>, Mariana Guimarães Santos<sup>1</sup>, Sônia Regina Basili Amoroso<sup>2</sup>

1 Alunas do Curso de Psicologia

2 Professora Mestre e Orientadora do Curso de Psicologia

### **Resumo**

Grandes são os impactos à saúde mental de gestantes e puérperas no Brasil, pois as influências das construções históricas e socioculturais que moldam as experiências de maternidade ainda perduram, pois as expectativas contemporâneas, as práticas de cuidado materno e o sistema de saúde afetam o bem-estar dessas mulheres. Observa-se questões em saúde mental no pré-natal, ocasionados pela violência obstétrica e pelo pouco apoio psicológico oferecido às gestantes. O objetivo deste estudo é explorar os principais desafios à saúde mental de gestantes, desde o pré-natal até o puerpério, com foco na compreensão dos fatores sociais, emocionais e físicos que influenciam essa experiência. Este estudo utilizou uma abordagem de revisão bibliográfica, e é uma pesquisa qualitativa que buscou aprofundar o tema pela análise de publicações que abordassem práticas de cuidado preventivo à saúde mental durante a gestação e o puerpério. Os resultados indicam que tanto as narrativas culturais em torno da maternidade, quanto as lacunas nos serviços de saúde mental têm um impacto significativo sobre o bem-estar psicológico dessas mulheres. O estudo defende, portanto, uma abordagem pré-natal mais abrangente, que integre o cuidado com a saúde mental ao atendimento padrão à maternidade. Concluiu-se que é premente implementar práticas de cuidado que priorizem a saúde mental durante o pré-natal, sugerindo uma integração mais eficaz entre os serviços de saúde física e mental no âmbito do SUS. A promoção do bem-estar materno deve ser um esforço coletivo, que envolva não apenas os profissionais de saúde, mas também a sociedade como um todo.

**Palavras-Chave:** maternidade; saúde mental; gestantes; puérperas; violência obstétrica; atendimento psicológico.

### **Abstract**

The mental health of pregnant and postpartum women in Brazil faces significant impacts due to the enduring influence of historical and sociocultural constructions that shape motherhood experiences. Contemporary expectations, maternal care practices, and the healthcare system all affect these women's well-being. Mental health issues are observed during prenatal care, often caused by obstetric violence and the lack of psychological support provided to pregnant women. This study aims to explore the main challenges to the mental health of pregnant women, from prenatal care to the postpartum period, focusing on understanding the social, emotional, and physical factors influencing this experience. The research employed a bibliographic review approach and is a qualitative study that delved into the topic through the analysis of publications addressing preventive mental health care practices during pregnancy and the postpartum period. The results indicate that both cultural narratives surrounding motherhood and gaps in mental health services significantly impact these women's psychological well-being. The study advocates for a more comprehensive prenatal approach that integrates mental health care into standard maternity care. It concludes that implementing care practices prioritizing mental health during prenatal care is urgent, suggesting a more effective integration between physical and mental health services within the Brazilian Unified Health System (SUS). Promoting maternal well-being must be a collective effort involving not only healthcare professionals but also society as a whole.

Keywords: motherhood; mental health; pregnant women; postpartum women; obstetric violence; psychological care.

**Contato:** [amanda.fonseca@souicesp.edu.br](mailto:amanda.fonseca@souicesp.edu.br); [mariana.santos@souicesp.com.br](mailto:mariana.santos@souicesp.com.br); [sonia.amoroso@icesp.edu.br](mailto:sonia.amoroso@icesp.edu.br)

### **Introdução**

O Brasil, com sua vasta e rica diversidade sociocultural, apresenta uma multiplicidade de concepções sobre gestação e maternidade, possibilitando a reflexão acerca da pluralidade de experiências e de entendimentos relacionados ao tema (SCAVONE, 2001). As disparidades sociais presentes no país geram diferentes perspectivas, as quais criam grupos de mulheres com visões distintas sobre a maternidade. Enquanto algumas ponderam sobre o planejamento familiar — considerando como, quantos e se desejam ter filhos —, outras não questionam essas questões e não planejam a chegada deles (Resende e Bedran, 2017). Além disso, as gestantes podem ser atendidas tanto na rede privada de saúde quanto no Sistema Único de Saúde (SUS), o que impacta diretamente sua saúde física e mental.

Nesse contexto, Tomazi, Rocha e Junior (2019) relatam que a medicina, com sua abordagem predominantemente biológica, tem contribuído para a compreensão da mulher gestante; no entanto, ao mesmo tempo em que avança, muitas vezes mantém a concepção de mãe como o centro do processo, perpetuando estigmas sociais. Segundo Badinter (1985) a saúde da gestante é frequentemente priorizada, mas a percepção do papel feminino na maternidade é muitas vezes reduzida a um instinto considerado inato — o chamado mito do instinto materno. Essa supervalorização da maternidade pode ter consequências significativas, com estudos apontando os impactos na saúde mental, especialmente no pós-parto, o que, conseqüentemente, afeta a mulher e a criança.

Em virtude do aumento dos casos de depressão pós-parto, Krob et al. (2017) destacam a importância de discutir formas de prevenção dessa condição. Esta pesquisa se propõe a investigar como, durante a gestação, é possível focar no cuidado com a saúde mental da gestante. A realidade vivenciada por mulheres gestantes e puérperas tem sido um assunto de grande interesse e preocupação. Em muitos casos, ainda não se tem clareza sobre os fatores que levam essas mulheres a desenvolverem depressão durante a gestação e no puerpério. Consequentemente, profissionais da saúde, formuladores de políticas públicas e a sociedade em geral têm demonstrado crescente interesse e preocupação com essa temática.

Diante disso, esta pesquisa de pesquisa visa iluminar essa questão, buscando, a partir de produções científicas e de pesquisas já publicadas, compreender melhor o fenômeno da saúde mental de gestantes e de puérperas. O objetivo é contribuir com reflexões e oferecer apoio a todos os interessados no tema, além de alertar gestantes, sociedade e profissionais da saúde que há espaços possíveis para a construção de conhecimentos e de soluções, de modo que esse quadro possa ser mais bem compreendido.

O presente estudo tem como objetivo geral identificar os fatores sociais, emocionais e físicos que desempenham um papel relevante na manutenção da saúde mental de gestantes e de puérperas. Para atingir esse objetivo, torna-se fundamental analisar de forma aprofundada o conceito de maternidade sob a ótica social e cultural no Brasil ao longo do tempo, buscando compreender de que maneira essas perspectivas influenciam a experiência materna. Ademais, é imperativo descrever os fatores que podem desencadear sofrimento em gestantes e puérperas, investigando as vivências e as intercorrências durante o parto, bem como a violência obstétrica e os seus potenciais impactos na saúde mental das puérperas. O estudo propõe avaliar os benefícios potenciais do acompanhamento psicológico durante a gestação, com o intuito de promover a manutenção da saúde mental das mulheres nesse período tão crucial de suas vidas e por último, buscou sugerir caminhos para que haja maior assertividade neste atendimento.

Inicialmente, no primeiro capítulo descreve-se o contexto cultural do que a sociedade moderna entende do que é a maternidade e como essa visão foi desenhada culturalmente desde séculos atrás para a realidade do Brasil.

Em seguida, no segundo capítulo discorre-se sobre como são realizados o pré-natal e os cuidados de mãe e crianças desde a descoberta, acompanhamento da gestação e o período do puerpério. Estudo de como acontece essa dinâmica com pacientes do SUS ou na rede particular.

No terceiro capítulo, destacam-se as pesquisas relacionadas com o momento da vivência do parto e possíveis violências obstétricas que ocorrem ao longo dos atendimentos, principalmente no parto, fato já evidenciado na literatura.

No quarto capítulo, destacar-se-ão os benefícios de ações diversas que possam revelar-se como profícuas no apoio a gestantes e puérperas para que sejam capazes de ter sua saúde mental preservada.

## **Materiais e Métodos**

A proposta deste trabalho é identificar, por meio de uma revisão bibliográfica, os principais fatores que contribuem para a manutenção da saúde mental de gestantes e puérperas, com o objetivo de prevenir desdobramentos graves, como depressão pós-parto e rejeição ao bebê. Para alcançar esse objetivo, foram consultados livros, periódicos, artigos e sites na internet, selecionando publicações recentes que destacam práticas bem-sucedidas de cuidado e acompanhamento de gestantes e puérperas, conforme descrito por profissionais da área da saúde. Essas práticas são apresentadas de forma elucidativa e informativa, proporcionando uma compreensão aprofundada do tema abordado nesta pesquisa. As bases de dados utilizadas incluem a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), DOI (Digital Object Identifier) System, PePSIC (Periódicos Eletrônicos em Psicologia), PubMed e SciELO (Scientific Electronic Library Online). Essas bases são amplamente reconhecidas e utilizadas no meio acadêmico, oferecendo acesso a uma vasta gama de artigos, documentos e publicações científicas.

Escolheu-se como metodologia a revisão bibliográfica, que se constitui basicamente da análise, da interpretação e da crítica do acervo literário de um determinado assunto, objetivando a aquisição ou atualização do conhecimento. Os artigos científicos são selecionados utilizando métodos específicos, conforme o interesse do estudo desenvolvido (Botelho; Cunha; Macedo, 2011).

Além disso, considera-se esta uma pesquisa descritiva. Segundo Gil (2002), são aquelas que visam primordialmente como objetivo fazer a descrição das características de determinada população ou fenômeno. Também é uma pesquisa explicativa, que se ocupa de identificar quais são as causas, ou fatores causais que levam a que um fenômeno ocorra com maior frequência.

Como critérios de inclusão escolheu-se textos que abordam principalmente a temática da prevenção, incluindo apenas textos em português e que partam da experiência direta de autores que pesquisaram e(ou) atuaram com gestantes ou buscaram lapidar conhecimentos em relação ao processo gestacional e puerperal. Como critérios

de exclusão, escolheu-se não utilizar textos em outro idioma, e que se detivessem na descrição apenas dos impactos de uma falta de acompanhamento adequado.

A temporalidade dos artigos e mesmo materiais lidos foi mais alargada, haja vista entender-se que a necessidade de prevenção em saúde mental na gestação e puerpério, precisava ser minuciosamente descrita por meio da historicidade e evolução da temática ao longo dos anos. Inclusive a obrigatoriedade da atenção à gestante vem se modificando e a mais recente é de 2023. Isso posto, concebeu-se relevante usar textos dos últimos 24 anos.

## Referencial Teórico

### Breve histórico do conceito de maternidade na realidade brasileira

A maternidade é um conceito que se molda de acordo com o contexto histórico, cultural e econômico de cada sociedade, influenciando profundamente a maneira como uma mulher gestante entende e idealiza o ato de maternar. Segundo Badinter (1985, 2011), a maternidade é socialmente construída, sendo influenciada por representações e antecedentes históricos, sociais, econômicos e políticos. A autora destaca que a competência associada à maternidade está enraizada em fatores históricos herdados, fazendo com que as perspectivas sobre o que significa ser maternal variem conforme as experiências sociais de cada época.

Durante o período medieval, segundo Ariès (1986), as famílias eram formadas com base em benefícios financeiros, e o afeto entre pais e filhos era irrelevante. Casamentos visavam preservar a condição financeira, e a maternidade não era valorizada e, por isso, as mães delegavam o cuidado dos filhos a amas de leite. Badinter (1985) observa que a recusa materna em amamentar, apesar de aumentar a chance de sobrevivência da criança, era comum, e a mortalidade infantil era maior entre crianças amamentadas por amas de leite.

Do século XVII ao XIX, com o desenvolvimento do capitalismo e com a ascensão da burguesia, de acordo com Ariès (1986), os pais passaram a ser responsabilizados pelos cuidados dos filhos, consolidando a diferenciação de papéis entre homens e mulheres. Badinter (1987) indica que, por volta de 1760, publicações médicas começaram a destacar a importância dos cuidados maternos, criando o mito do instinto materno. Poster (1979) observa que, a partir do século XIX, um novo padrão familiar emergiu, o qual associa filhos a um novo grau de intimidade e profundidade emocional nas relações familiares.

No contexto brasileiro, a situação das mulheres, durante a colonização, era distinta. Mendonça e Ribeiro (2011) aponta que a posição social da mulher era influenciada pela visão masculina, que as considerava inferiores. Mendonça e Ribeiro (2011) destacam que diferentes grupos de mulheres – como escravas, quilombolas e indígenas – vivenciaram papéis diversos na sociedade e na maternidade. As mulheres de descendência europeia delegavam os cuidados dos filhos a escravas, enquanto as mulheres em quilombos desfrutavam de maior liberdade.

Resende e Bedran (2017) mencionam que a igreja e o Estado influenciaram a percepção da mulher no Brasil Colônia, a qual incitava o matrimônio e a submissão feminina. Mendonça e Ribeiro (2011) observam que a maternidade no Brasil começou a se assemelhar à da Europa com a intervenção da Igreja, que exaltava a mulher como "rainha do lar". A economia brasileira do período colonial, baseada na exploração de terras e de ouro, deixava as mulheres pobres em situações precárias, obrigando-as a trabalhar e, muitas vezes, a abandonar seus filhos.

No século XIX, conforme Pôster (1979), mudanças políticas e econômicas permitiram o avanço da industrialização e o surgimento de centros urbanos, o que levou o Estado a se preocupar com políticas públicas para maternidade e infância. Martins (2005) ressalta que, embora não houvesse valorização da mulher na qualidade de cidadã, a função maternal era enaltecida. Venâncio (2002) destaca que a medicina começou a moldar a influência sobre as mulheres, assumindo a responsabilidade pelos cuidados com a saúde física das crianças.

Já durante o século XX, as desigualdades entre homens e mulheres persistiam. Del Priore (2013) observa que o Código Civil de 1916 considerava a mulher casada incapaz, o que, conseqüentemente, exigia a supervisão legal do marido. Tomazi, Rocha e Junior (2019) destacam que os avanços medicinais contribuíram para a história da mulher, com novas áreas, como ginecologia e obstetria, as quais promoveram impactos na sociedade. A maternidade se consolidou como uma obrigação feminina, fundamentada em ideais médicos e biológicos.

Com o surgimento do movimento feminista, na segunda metade do século XX, em coesão com Badinter (2011), a maternidade passou a ser vista como uma decisão que exige reflexão sobre condições econômicas, sociais e culturais. Resende e Bedran (2017) observam que o movimento feminista permitiu às mulheres priorizar seus próprios sonhos e ambições, decidindo se queriam ou não ser mães. Avanços tecnológicos, como métodos anticoncepcionais, possibilitaram,

inclusive, às mulheres escolher o momento de ser mãe.

Resende e Bedran (2017) destacam que sempre houve uma ideologia que naturaliza a maternidade na vida das mulheres, a qual perpetua papéis sociais contrastivos para homens e mulheres. Na contemporaneidade, as mulheres estão inseridas no mercado de trabalho, mas ainda enfrentam a expectativa de cumprir o papel de mãe, conciliando o desempenho social nos ambientes público e privado. As contradições no conceito de maternidade, ao longo do tempo, refletem as condições e conjunturas de cada período histórico, sendo influenciadas por discursos científicos e sociais vigentes.

### **A realidade brasileira na assistência do pré-natal na atualidade**

A assistência pré-natal desempenha um papel fundamental na promoção de mudanças no cuidado e na garantia de que as gestantes recebam atenção de qualidade, consolidando um direito essencial como parte da cidadania (Brasil, 2000). Em consonância com Serruya, Cecatti e Lago (2004), tal compreensão foi alcançada por meio de modificações nas políticas de saúde e de mudanças de paradigma no modelo assistencial, uma vez que o pré-natal é essencial para o cuidado da saúde materna e fetal, proporcionando orientações para uma gestação e parto saudáveis, além de reduzir riscos de complicações.

Segundo Reis e Abi Rached (2017), o pré-natal foi introduzido no início do século XX, mas, no Brasil, sua implementação ocorreu nas décadas de 1920 e 1930, consolidando-se pós II Guerra Mundial. Inicialmente, o foco era reduzir os impactos na saúde da mulher durante a gravidez, sem considerar o desenvolvimento fetal. Nos anos 1950 e 1960, a preocupação com o feto aumentou, impulsionada pelo declínio das taxas de mortalidade materna. Desse modo, com o avanço da tecnologia, o pré-natal adquiriu forma e se estabeleceu como prática assistencialista no país.

Nakamura e Amed (2003) destacam que a assistência pré-natal não se limita aos cuidados com a saúde das gestantes e dos fetos, mas também desempenha um papel preventivo, assistencial e educacional. Silva, Andrade e Bosi (2014), ressaltam que o conceito de acolhimento é essencial para reorientar o Sistema Único de Saúde (SUS), superando o modelo biomédico centrado na doença e nas relações verticais entre profissionais e usuários. Logo, a transformação desse modelo só é possível por meio da adoção do acolhimento como forma de produzir saúde.

O pré-natal, conforme o SUS (2000), consiste em um conjunto de cuidados médicos e de enfermagem oferecidos à mulher ao longo da gestação, com o objetivo de assegurar o melhor estado de saúde possível para a mãe e o bebê

durante o parto. O Ministério da Saúde orienta que a gestante procure a unidade de atenção básica mais próxima para a inclusão nas consultas de pré-natal, em que aspectos psicossociais também são avaliados. Nesse sentido, o acompanhamento deve ser periódico e contínuo, assegurando o seguimento durante toda a gestação, com intervalos preestabelecidos, o qual acompanha as gestantes tanto nas unidades de saúde quanto em seus domicílios e em reuniões comunitárias, até o momento do pré-parto/parto, objetivando seu encaminhamento oportuno ao centro obstétrico e à consulta na unidade de saúde após o parto (Ministério da Saúde, 2000).

O Manual Técnico "Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada do Distrito Federal" (2012) enfatiza a importância de incluir os parceiros e familiares nos programas e serviços de saúde, garantindo o direito legal de acompanhar todo o período pré-natal (Brasil, Ministério da Saúde, 2012). No entanto, conforme Eugênio Vilaça Mendes (2011), há uma incoerência no cenário brasileiro entre o que é previsto em leis e o que ocorre na prática, resultando em um sistema de saúde segmentado e reativo. Em consequência, a essa fragmentação do SUS é fruto do descompasso entre o avanço dos fatores contextuais, como a transição demográfica e a inovação tecnológica, bem como a lentidão dos fatores internos que representam a capacidade adaptativa do sistema de saúde.

No contexto do SUS, a solução para esse desafio reside na superação da fragmentação por meio das Redes de Atenção à Saúde, que proporcionam um cuidado contínuo e proativo. Essas redes são compostas por três elementos essenciais: a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde (Mendes, 2011). A população atendida por uma Rede de Atenção à Saúde reside em uma área geográfica específica, está cadastrada e vinculada a uma equipe de Atenção Primária à Saúde e é estratificada com base em vulnerabilidades sociais e riscos sanitários. A estrutura operacional abrange a Atenção Primária, a atenção especializada ambulatorial e hospitalar, bem como sistemas de apoio logístico e de governança.

Viellas (2014) destaca que a assistência pré-natal é primordial para mulheres no período gestacional e do puerpério, permitindo um pós-parto com menos intercorrências tanto para o bebê quanto para a mulher. O Ministério da Saúde (2006) enfatiza que o período perinatal deve incluir ações de acolhimento, práticas instrutivas e preventivas, percepção precoce de doenças e acesso ao pré-natal, com atendimento médico de qualidade próximo de casa.

A criação de políticas públicas voltadas para mulheres – como o Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI) de 1973 e o Programa de

Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) de 1983, reformulado em 2004 como Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) – visa melhorar a saúde feminina em todas as fases da vida, com um modelo de atenção integral e participação social ampliada (Ministério da Saúde, 2004).

Em virtude disso, as diretrizes do Ministério da Saúde recomendam pelo menos seis consultas de pré-natal, incluindo vacinas, exames laboratoriais, suplementos e tratamento medicamentoso, com registros na Caderneta da Gestante para referência durante o parto (Brasil, 2000). Com isso, a vinculação da gestante ao local do parto é recomendada para evitar a peregrinação em busca de atendimento durante o trabalho de parto. Dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) mostram a evolução da cobertura pré-natal no Brasil, mediante uma significativa redução de gestantes sem consulta pré-natal entre 1995 e 2015 e um aumento na realização de sete ou mais consultas, evidenciando a importância do SUS na ampliação dessa cobertura.

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), criado em 2000, e a Lei n.º 11.108 de 2005, que garante à parturiente a presença de um acompanhante, são marcos importantes no pré-natal. A Rede Cegonha, normatizada pela Portaria n.º 1.459 de 2011, propõe a melhoria do atendimento às mulheres e crianças, disponibilizando atendimento de pré-natal, realização de exames necessários e vinculação da gestante a uma maternidade de referência para o parto (Ministério da Saúde, 2011).

Outro aspecto relevante do pré-natal é a consideração do aspecto psicológico da gestante. O Manual Técnico "Pré-Natal e Puerpério: atenção Qualificada e Humanizada do Distrito Federal" (2012) destaca que o atendimento no período gravídico deve associar-se a resultados cognitivos e socioemocionais relacionados ao nascimento da criança. No entanto, o modelo atual privilegia a dimensão biológica, negligenciando os aspectos psicossociais (Ministério da Saúde, 2012).

Rezende e Souza (2012), ressaltam a importância dos fatores afetivos durante a gestação e o puerpério, que impactam a relação mãe-feto e o desenvolvimento dos vínculos familiares. Arrais, Alves e Fragalle (2014) defendem a busca por um atendimento biopsicossocial para a gestante, com programas de assistência e orientação, como o pré-natal psicológico (PNP).

O PNP, uma abordagem diferenciada dos cursos de gestantes, visa à humanização do processo gestacional e do parto, integrando a gestante e a família ao processo gravídico-puerperal por meio de encontros temáticos com ênfase na preparação psicológica para a

maternidade e paternidade (Arrais, Alves e Fragalle, 2014).

As unidades de saúde têm ampliado os serviços oferecidos durante o pré-natal para se alinhar às políticas e diretrizes atuais. A lei mais recente, Lei n.º 14.721/23, garante a gestantes, parturientes e puérperas o direito à assistência psicológica no SUS, conforme avaliação médica. Essa medida, inserida no Estatuto da Criança e do Adolescente, estabelece que os serviços de saúde devem oferecer atividades de educação e conscientização sobre a saúde mental da mulher no período de gravidez e puerpério (Brasil, 2023).

Apesar dos avanços, o sistema pré-natal e neonatal ainda enfrenta desafios significativos no Brasil. A indiferença social e a falta de acessibilidade aos direitos de saúde geram conflitos sociais e estratégias de exclusão, prejudicando as mulheres e impedindo a consolidação das redes de proteção necessárias para um desenvolvimento saudável.

### **Cuidados e Benefícios da Promoção da Saúde Mental no Pré-natal**

No Brasil, a diversidade de concepções sobre gestação e maternidade impacta profundamente a saúde mental das mulheres. Historicamente, o papel da mulher era restrito ao cuidado da família dentro do lar, enquanto o homem era o provedor. Hoje, ser mãe envolve uma reflexão complexa que considera desejos pessoais, aspectos econômicos, profissionais e ambientais. Em uma sociedade com intensas demandas profissionais e pressões econômicas, muitas mulheres ponderam os prós e contras de ter filhos. Essa transformação revela que a maternidade é uma escolha autônoma, variando ao longo do tempo e entre culturas, e deve ser ponderada conforme os anseios individuais de cada mulher.

A realidade atual oferece grandes oportunidades de mudança. As mulheres estão cada vez mais presentes no mercado de trabalho, dedicando-se aos estudos e buscando posições elevadas em suas carreiras. Segundo o estudo "Estatística de Gênero – Indicadores Sociais das Mulheres no Brasil" do IBGE, entre 2018 e 2022, as mulheres estudam mais, mas ainda ganham menos que os homens (Exame, 2022). Com essas mudanças, as mulheres têm mais consciência ao escolher se querem ser mães. No entanto, ao optarem pela maternidade, acumulam os papéis de dona de casa, mãe, trabalhadora, esposa e mulher, enfrentando a pressão de serem as melhores em tudo.

As expectativas sociais sobre o que significa ser uma boa mãe podem gerar pressão e estresse, impactando a saúde mental das mulheres. A

idealização da maternidade como um estado de felicidade plena frequentemente contrasta com a realidade, onde muitas mães enfrentam desafios emocionais e psicológicos (Badinter, 1985). A gravidez e o puerpério representam períodos críticos, caracterizados por transformações biológicas, subjetivas, sociais e familiares, aumentando os riscos de sofrimento psíquico.

Maté (2023) sugere que a sociedade contemporânea deve oferecer suporte às futuras mães, criando um ambiente seguro e livre de estresse para promover a saúde e o bem-estar da mãe e do bebê. Nesse contexto, é essencial que a assistência pré-natal integre cuidados psicológicos, promovendo um ambiente saudável para mães e bebês. Essa abordagem preventiva é crucial, especialmente considerando a categorização de Kaplan e Sadock (1999) sobre os sofrimentos mentais puerperais, que são divididos em três grupos: o blues puerperal, a depressão pós-parto e a psicose puerperal. O blues puerperal, a forma mais leve, manifesta-se com alterações de humor e ansiedade logo após o parto, persistindo por até duas semanas. A depressão pós-parto, mais grave, caracteriza-se por tristeza persistente e fadiga extrema, podendo ocorrer durante o primeiro ano após o parto e necessitando de tratamento adequado. A psicose puerperal, a mais severa e rara, requer intervenção médica imediata devido a sintomas graves como alucinações. Assim, a integração de cuidados psicológicos no pré-natal pode ser uma estratégia eficaz para mitigar esses riscos e promover a saúde mental das mães.

A promoção da saúde mental no pré-natal é essencial para o bem-estar da mãe e do bebê. Embora existam programas e legislações que apoiem essa prática, é fundamental continuar investindo na capacitação de profissionais, aumentar o acesso a serviços de saúde mental e sensibilizar a sociedade sobre a importância desse cuidado. Com essas medidas, é possível garantir uma gestação mais saudável e preparar as mães para os desafios do puerpério, promovendo uma experiência positiva e segura para todas as mulheres (Ministério da Saúde, 2012).

O Ministério da Saúde do Brasil tem desenvolvido ações e programas voltados à saúde da mulher, com atenção especial às gestantes e puérperas. A saúde mental no pré-natal é essencial para o bem-estar da gestante e o desenvolvimento saudável do bebê. Programas específicos visam integrar cuidados psicológicos no atendimento pré-natal, como a Lei n.º 11.108/2005, que garante o direito a um acompanhante durante o parto, e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (Ministério da Saúde, 2022). Essa iniciativa complementa a proposta de Maté ao enfatizar a importância de um suporte abrangente e contínuo para as gestantes.

É fundamental expandir o acesso a serviços de saúde mental, especialmente em áreas rurais e comunidades carentes, onde o suporte pode ser limitado. Investir na formação contínua dos profissionais de saúde para identificar e manejar transtornos mentais durante o pré-natal é uma etapa crucial para garantir que as gestantes recebam o cuidado necessário. A integração entre obstetras, psicólogos, psiquiatras e outros profissionais é essencial para um atendimento holístico e coordenado. Além disso, campanhas de sensibilização podem educar gestantes e suas famílias sobre a importância da saúde mental durante a gravidez e o puerpério, incentivando o envolvimento de redes de apoio social (Ministério da Saúde, 2012). Dessa forma, cria-se um sistema de apoio robusto que pode efetivamente melhorar os resultados de saúde para mães e bebês.

Programas de suporte psicológico ajudam a diminuir o estresse e a ansiedade, proporcionando um ambiente mais saudável para o desenvolvimento do feto. Gestantes com boa saúde mental apresentam menores índices de complicações gestacionais e partos prematuros. Um suporte psicológico adequado durante o pré-natal prepara as mães para os desafios emocionais do puerpério, reduzindo o risco de depressão pós-parto (Gomes, 2014). Essa abordagem integrada e preventiva, apoiada por políticas públicas e práticas de saúde, é essencial para assegurar que as mães recebam o suporte necessário em todas as etapas da gestação e além. O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), desenvolvido pelo Ministério da Saúde, visa reduzir as taxas de mortalidade materna e neonatal, fortalecer o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto, prevenir complicações durante a gestação e o nascimento, e ampliar o acesso às consultas pré-natais (Brasil, 2002).

Os profissionais de saúde devem promover a saúde baseando-se em dados epidemiológicos e sanitários, além de considerar as mudanças biológicas, psicológicas e emocionais das gestantes. A promoção da saúde é efetiva quando há uma assistência integral, qualificada e contínua. A criação de um vínculo direto entre as gestantes e os profissionais é um dos pilares de um pré-natal de qualidade (Gomes, 2014).

Promover a saúde mental requer abordagens que criem ambientes de apoio e fortaleçam a resiliência, respeitando a cultura, priorizando a equidade, justiça social, dignidade pessoal e interconexões. Atualmente, os transtornos mentais têm maior destaque na saúde pública e na atenção primária. A atenção primária à saúde mental é agora fundamental para a detecção precoce de transtornos mentais, interrompendo o processo de adoecimento, especialmente no caso da saúde

mental da mulher grávida, essencial para o bem-estar materno e fetal (Gomes, 2014).

Portanto, é importante destacar questões relacionadas à saúde mental e ao bem-estar materno durante essa fase tão importante na vida de cada mulher. Os distúrbios psicológicos podem afetar negativamente a saúde global da mãe, o desenvolvimento fetal, o parto e a saúde do bebê, levando a complicações como prematuridade, baixo peso ao nascer e déficits no desenvolvimento infantil (motor, cognitivo, psicossocial). Dado os desafios enfrentados por algumas mulheres em idade reprodutiva para acessar o sistema de saúde, a assistência pré-natal desempenha um papel vital na prevenção da depressão durante a gravidez e na promoção do bem-estar mental das gestantes e puerperas (Serruya, Cecatti e Lago, 2004).

Somado a isso, o acompanhamento psicológico pode oferecer apoio na tomada de decisões, auxiliando as gestantes a refletirem sobre suas condições econômicas, sociais e culturais, auxiliando na tomada de decisões informadas sobre a maternidade, reduzindo o estresse e ansiedade, visando fortalecer as redes de apoio, incentivando o envolvimento de familiares e redes de apoio social, reconhecendo o papel fundamental que eles desempenham no suporte emocional das gestantes. Isso é fundamental para criar um ambiente de apoio e fortalecer a resiliência da gestante (Ministério da Saúde, 2012).

Deste modo, o acompanhamento psicológico durante a gestação é uma ferramenta poderosa para a manutenção da saúde mental das gestantes, proporcionando suporte emocional, prevenção de transtornos mentais, preparação para o puerpério, e fortalecimento de vínculos afetivos e redes de apoio. Esses benefícios são essenciais para garantir uma gestação mais saudável e preparar as mães para os desafios da maternidade. A necessidade de uma rede de apoio com profissionais capacitados é evidente.

### **Vivências e intercorrências no parto: prevenção e cuidados na gestação, parto e puerpério**

O parto é um momento repleto de expectativas e emoções, desde a preparação durante a gravidez até o nascimento do bebê, com cada mulher vivenciando essa experiência de maneira única, influenciada por fatores emocionais, físicos e sociais (Ministério da Saúde, 2017). A preparação para o parto começa antes do início do trabalho de parto e inclui acompanhamento pré-natal, consultas regulares, exames, orientações médicas e a escolha do local e tipo de parto. Cursos de preparação para o parto, que ensinam sobre os estágios do trabalho de parto, técnicas de

respiração e métodos para alívio da dor, são populares. O apoio emocional de familiares e a criação de um plano de parto detalhando as preferências da gestante são cruciais (Ministério da Saúde, 2006).

O trabalho de parto é dividido em três fases: latente, ativa e de transição. A fase latente apresenta contrações leves e irregulares que se intensificam gradualmente. Na fase ativa, há uma dilatação mais rápida do colo do útero, com contrações mais fortes e frequentes. A fase de transição é a mais intensa, com contrações muito fortes e curtas, preparando o corpo para o nascimento (SanarMed, 2020). Durante o trabalho de parto, muitas mulheres relatam sentir uma mistura de dor, ansiedade e expectativa. Técnicas como respiração controlada, massagens, banhos quentes e uso de bolas de parto são comuns para alívio da dor. O nascimento é um momento profundamente emocionante. Partos normais trazem uma sensação de alívio e alegria ao ver o bebê pela primeira vez, enquanto partos cesáreos, apesar do procedimento cirúrgico, também proporcionam sentimentos de gratidão e felicidade ao ouvir o primeiro choro do bebê (SanarMed, 2020).

No entanto, complicações podem ocorrer durante o parto, como distocia, hemorragias e a necessidade de intervenções como fórceps ou ventosas, exigindo prontidão e habilidade da equipe médica para garantir a segurança da mãe e do bebê. Infelizmente, algumas mulheres experienciam violência obstétrica, que pode incluir desrespeito verbal e emocional, além de intervenções médicas desnecessárias e dolorosas sem consentimento. Exemplos incluem episiotomias sem consentimento, manobra de Kristeller, comentários desrespeitosos, recusa de métodos de alívio da dor e separação precoce do bebê sem justificativa médica (Leal et al., 2014). Essas práticas violam os direitos das mulheres e podem causar traumas físicos e emocionais duradouros. A conscientização e o combate à violência obstétrica são essenciais para garantir um parto humanizado e respeitoso. Promover um parto humanizado, onde as gestantes são respeitadas e suas necessidades atendidas, deve ser um objetivo central das políticas de saúde e da atuação dos profissionais (Zanardo et al., 2017).

Estudos mostram que muitas mulheres sofrem intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto, como punção venosa em mais de 70% dos casos; uso de ocitocina e amniotomia em cerca de 40% dos casos; e analgesia raqui/peridural em 30% dos casos. Durante o parto, a posição de litotomia foi usada em 92% dos casos; a manobra de Kristeller em 37%; e episiotomia em 56% dos partos. Essas práticas excessivas e sem respaldo científico aumentam o risco de

complicações e dor desnecessária (Leal et al., 2014).

O cenário global das cesáreas é alarmante, especialmente quando se considera que a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda uma taxa de cesáreas entre 10% e 15%. Taxas superiores a 15% não resultam em menores índices de mortalidade materna nem em melhores desfechos de saúde para a mãe e o bebê (Ministério da Saúde, 2001, 2014, 2015). No Brasil, o aumento das cesáreas destaca a importância de discutir as cirurgias cesáreas desnecessárias, aquelas realizadas sem risco iminente para a saúde da gestante ou do bebê. Sem indicação médica adequada, essas cirurgias podem aumentar o risco de complicações graves (Ministério da Saúde, 2015).

Diante da predominância de partos realizados em ambiente hospitalar e do aumento das taxas de cesarianas no Brasil, bem como das práticas e intervenções adotadas, torna-se imprescindível uma análise abrangente da assistência prestada durante a gestação e o parto, desde as consultas pré-natais até o período pós-parto. Questões como acesso aos serviços de saúde, qualidade da assistência oferecida e envolvimento ativo da mulher no processo de cuidado, incluindo o acesso a informações e o consentimento informado sobre sua condição de saúde e os procedimentos médicos, assim como o direito a ter um acompanhante presente, devem ser elementos centrais de uma política de humanização do atendimento, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2008, 2014) e pela Portaria n.º 1.459/2011.

Estudos mostram que muitas mulheres sofrem intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto, como punção venosa em mais de 70% dos casos; uso de ocitocina e amniotomia em cerca de 40% dos casos; e analgesia raqui/peridural em 30% dos casos. Durante o parto, a posição de litotomia foi usada em 92% dos casos; a manobra de Kristeller em 37%; e episiotomia em 56% dos partos. Essas práticas excessivas e sem respaldo científico aumentam o risco de complicações e dor desnecessária (Leal et al., 2014).

A violência obstétrica tem sido uma preocupação crescente na América Latina. Segundo Zanardo et al. (2017), é comum que gestantes enfrentem a falta de informação e sintam receio de questionar os procedimentos durante o trabalho de parto, levando-as a aceitar a exploração de seus corpos por diferentes profissionais de saúde e a suportar situações desconfortáveis sem manifestar insatisfação. A Organização Mundial da Saúde (2014) aponta que

gestantes em todo o mundo enfrentam abusos, desrespeito, negligência e maus-tratos durante o parto em ambientes de saúde institucionais. Essas práticas podem acarretar consequências adversas tanto para a mãe quanto para o bebê, especialmente porque a mulher se encontra em um momento de grande vulnerabilidade. No entanto, apesar da ampla ocorrência desses abusos, a OMS ressalta que ainda não há um consenso internacional sobre como esses problemas devem ser cientificamente definidos e mensurados. Consequentemente, "sua prevalência e impacto na saúde, no bem-estar e nas escolhas das mulheres não são conhecidos" (Organização Mundial da Saúde, 2014, p.1). Em referência a isso, a organização destaca a necessidade de pesquisas para definir, medir e compreender melhor essas práticas abusivas e desrespeitosas, além de desenvolver formas de preveni-las e eliminá-las.

Na revisão da literatura, não há uma definição única para o termo violência obstétrica. Nesse contexto, Diniz e Chacham (2006) abordam a violência contra mulheres nas instituições de saúde, identificando quatro tipos principais: negligência (omissão de cuidados adequados), violência psicológica (tratamento hostil, ameaças, gritos e humilhação intencional), violência física (como a recusa de alívio da dor quando clinicamente indicado) e violência sexual (incluindo assédio e estupro). Em consonância com tal discurso, outros autores (Sanfelice et al., 2014) caracterizam a violência obstétrica como envolvendo aspectos psicológicos, como ironias, ameaças e coerção, e físicos, como a manipulação e exposição desnecessária do corpo da mulher durante o parto, tornando a experiência difícil e desagradável. Isso pode incluir a realização de cesarianas sem indicação médica genuína ou a omissão de informações sobre a condição de saúde e os procedimentos necessários.

Além disso, a violência obstétrica abrange o uso excessivo de medicamentos e intervenções durante o parto, bem como a adoção de práticas desagradáveis e muitas vezes dolorosas sem embasamento científico adequado. Exemplos incluem a raspagem dos pelos pubianos, a prática rotineira de episiotomias, a administração de enemas, a indução do trabalho de parto e a restrição ao direito da mulher de ter um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto (Zanardo et al., 2017).

O parto, apesar de ser um evento natural e esperado, frequentemente é envolto por práticas e intervenções desnecessárias que podem comprometer a saúde física e mental da mulher. A preparação para esse momento deve englobar não apenas os aspectos físicos, mas também os emocionais e sociais, respeitando integralmente as necessidades e preferências da gestante. Contudo,

muitas mulheres ainda enfrentam intervenções médicas excessivas e episódios de violência obstétrica, que podem resultar em ansiedade, estresse e traumas emocionais persistentes. A carência de informações e o receio de questionar os procedimentos aumentam a vulnerabilidade emocional, levando a gestante a sentir-se impotente. Um parto conduzido de maneira respeitosa e humanizada, onde a mulher é informada e participa das decisões, promove uma experiência mais positiva e contribui para um bem-estar emocional aprimorado. Portanto, é essencial que as políticas de saúde e as práticas médicas sejam direcionadas para a humanização do parto, garantindo que as mulheres sejam tratadas com dignidade e respeito, e que suas escolhas sejam plenamente atendidas.

## Conclusão:

Ao se concluir este trabalho, realça-se que a análise histórica do conceito de maternidade no Brasil revela uma trajetória complexa e multifacetada, em que fatores econômicos, sociais e culturais desempenharam papéis cruciais na definição do papel materno. Nesse aspecto, a evolução das percepções sobre a maternidade, desde uma visão puramente econômica até uma escolha pessoal e consciente, reflete as profundas mudanças na sociedade brasileira.

A influência da medicina e da religião na construção do conceito de maternidade é evidente. A medicina reforçou a ideia de que a maternidade é uma obrigação feminina, enquanto a religião promoveu a visão da mulher como a rainha do lar. No entanto, essas visões tradicionais foram desafiadas pelo movimento feminista, que trouxe uma nova perspectiva sobre a maternidade como uma escolha pessoal.

Apesar dos avanços, ainda existem muitas contradições e incongruências no conceito de maternidade. A pressão social para que as mulheres equilibrem carreiras profissionais com o papel tradicional de mãe continua a ser um desafio. Além disso, a expectativa de que a maternidade seja o principal papel da mulher perpetua desigualdades de gênero. Portanto, é essencial que a sociedade continue a questionar e reavaliar as expectativas em torno da maternidade, reconhecendo a diversidade de experiências e escolhas das mulheres.

A valorização da maternidade como uma escolha pessoal, e não uma obrigação, é um passo essencial para a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres. Além disso, políticas públicas que apoiem as mulheres em todas as fases da vida, incluindo a maternidade, são fundamentais para garantir que todas as mulheres tenham a liberdade de escolher seu próprio caminho.

A análise também aborda a assistência pré-natal no Brasil, revelando avanços significativos, mas também evidenciando desafios persistentes. A evolução das políticas públicas e a implementação de programas são passos cruciais para garantir um atendimento de qualidade às gestantes. No entanto, a discrepância entre as diretrizes legais e a prática real aponta para uma fragmentação SUS (Sistema Único de Saúde).

A inclusão de aspectos psicossociais no atendimento pré-natal é uma necessidade urgente. A saúde mental da gestante é tão necessária quanto a saúde física, e programas como o pré-natal psicológico (PNP) são essenciais para uma abordagem que abarque todo esse cuidado. A recente Lei n.º 14.721/23, que garante assistência psicológica às gestantes no SUS, representa um avanço significativo, mas sua implementação eficaz é fundamental para que os benefícios sejam realmente percebidos. Principalmente porque a referida lei entrou em vigor em maio de 2024 e ainda não se tem muita clareza das ações efetivas para que seja cumprido o que nela está expresso.

A falta de coerência entre as políticas e a prática real no sistema de saúde brasileiro cria um cenário de exclusão social, em que muitas mulheres, especialmente as marginalizadas, periféricas e com dificuldades ainda mais amplas, encontram acesso adequado ao pré-natal. Isso não só compromete a saúde materna e infantil, mas também perpetua desigualdades sociais.

Por conseguinte, é imperativo que o Brasil continue a desenvolver e implementar políticas públicas que integrem lei e prática, garantindo que todas as gestantes recebam o cuidado necessário. A superação da fragmentação do sistema de saúde por meio das Redes de Atenção à Saúde é um passo importante para alcançar esse objetivo. Além disso, a valorização da saúde mental e a humanização do atendimento são essenciais para proporcionar um cuidado integral e de qualidade.

Dados obtidos e destacados ao longo do texto, sublinham a importância vital da saúde mental durante o período pré-natal, demonstrando como as transformações físicas, psicológicas e sociais que ocorrem durante a gestação podem impactar significativamente o bem-estar da mulher e do bebê. Contudo, ainda existem desafios a serem enfrentados, especialmente no que diz respeito ao acesso a serviços de saúde mental em áreas rurais e comunidades carentes.

Outro aspecto relevante é a necessidade de formação contínua dos profissionais de saúde para que possam identificar e manejar adequadamente os transtornos mentais durante o pré-natal. A colaboração entre diferentes profissionais de saúde é fundamental para proporcionar um atendimento integral e coordenado, haja vista que, para realizar a tarefa de cuidados será essencial uma equipe multiprofissional. Em suma, é vital continuar a

investir em políticas públicas que apoiem a saúde mental das gestantes, garantindo que todas as mulheres tenham acesso a um atendimento de qualidade.

O acolhimento é o aspecto essencial da humanização para entender o que cada mulher traz consigo na sua bagagem de vivências, medos e inseguranças relacionados a gravidez. O psicólogo, por meio da escuta especializada, é capaz de avaliar como a mãe está lidando com a gestação, identificar o grau de estresse e possíveis complicações relacionadas à ansiedade extrema e possíveis quadros de depressão no período gestacional ou pós-parto. Além disso, pode detectar se a configuração das relações parentais é suficiente para garantir uma rede de apoio a elas. Cuidar dessas mulheres se refere a toda sua integralidade visando ao bem-estar físico e mental. O profissional está capacitado para lidar e gerenciar as angústias da paciente trabalhando de forma individual ou incluindo a rede de apoio da mãe. Em casos que apresentam uma necessidade maior, o psicólogo encaminha essas mulheres para a psicoterapia para elaborar suas questões de forma mais assertiva.

Muitas mulheres enfrentam esse período se sentindo na mais completa solidão sendo por falta de pessoas ou por não terem atenção, já que é comum o foco ser apenas da criança, e ter uma pessoa que as escute de forma atenciosa e sem emitir julgamentos lhe devolve o sentimento de pertencimento no meio que está inserida.

Observando mais apuradamente esse aspecto, pode-se notar a ausência do papel do psicólogo no pré-natal, representando uma lacuna significativa no cuidado integral à gestante, com repercussões profundas tanto para a saúde mental da mãe quanto para o desenvolvimento saudável do bebê. Mesmo diante de toda a importância do profissional, a realidade do sistema de saúde ainda enfrenta uma alta demanda populacional causando assim uma redução quanto aos números de profissionais ou ausência total deles. Apesar das leis e programas que chamam atenção para essa questão de interesse público, as unidades de saúde ainda contam com apenas médicos e enfermeiros generalistas.

A falta de psicólogos no pré-natal contribui para a fragmentação do cuidado. O atendimento pré-natal tradicionalmente foca nos aspectos físicos da gestação, deixando de lado a saúde mental da gestante. Essa abordagem fragmentada não atende às necessidades reais da mulher, que requer um cuidado integrado que aborda tanto a saúde física quanto a mental.

A valorização da saúde mental como parte integrante do cuidado pré-natal também é um passo essencial para a igualdade de gênero. Ao reconhecer a importância desse cuidado, podemos promover uma experiência de gestação mais

positiva e segura, beneficiando tanto as mães quanto os bebês. É fundamental que continuemos a sensibilizar a sociedade sobre a importância da saúde mental durante a gravidez e o puerpério, garantindo que todas as gestantes recebam o apoio necessário para enfrentar essa fase tão importante de suas vidas.

## **Agradecimentos**

Este trabalho de conclusão de curso é mais do que um simples documento, é um reflexo de uma jornada cheia de desafios e aprendizados, o qual só foi possível graças ao amor e ao apoio incondicional das pessoas mais importantes da minha vida.

Primeiramente, quero expressar todo o meu amor e gratidão aos meus pais, Elizete e Jacques. Vocês são a base de tudo, com apoio e sabedoria, guiando-me em cada etapa deste caminho. A história de vida, a força e a dedicação de vocês sempre foram minha inspiração, mesmo quando as tudo parecia impossível. Obrigada por serem meus pilares e por acreditarem em mim, especialmente nos momentos em que eu mesma duvidava.

Ao meu querido marido, Renato, meu eterno agradecimento e amor por estar sempre ao meu lado. Sua paciência e sua compreensão foram fundamentais para que eu pudesse me dedicar a esta pesquisa. Obrigada por dividir comigo as responsabilidades do dia a dia e por suas palavras de encorajamento, que me deram forças para continuar.

A meu filho, Paulo, a luz da minha vida, agradeço por sua alegria e por me lembrar diariamente do que realmente importa. Sua presença me deu forças para seguir em frente e me motiva a sempre dar o meu melhor.

E à memória da minha tia Jeane, que não pôde estar aqui para compartilhar este momento de vitória, mas seu apoio foi essencial. Sua lembrança vive em meu coração e me inspira a cada passo.

Gostaria de expressar minha mais profunda gratidão aos meus queridos familiares e amigos. Cada gesto de acolhimento e demonstração de carinho tem sido fundamental. Sou eternamente grata por ter vocês ao meu lado, enriquecendo minha vida.

Este trabalho é para todos vocês, com todo o meu amor e gratidão.

- Por Amanda.

Em primeiro lugar, expressei minha profunda gratidão a Deus por me permitir concluir um ciclo que sempre sonhei em alcançar e do qual me orgulho imensamente. Somente Ele conhece as batalhas e desafios enfrentados em cada etapa desse processo.

Agradeço de coração à minha família, com um carinho especial pela minha mãe, que me apoiou de inúmeras maneiras, permitindo que eu pudesse dedicar-me integralmente aos meus estudos. Te amo profundamente.

Aos meus amigos, que celebram comigo cada passo, conquista e realização, minha eterna gratidão. Vocês são aqueles raros e preciosos que cabem na palma de uma mão.

Dedico, especialmente, o encerramento desta jornada à memória do meu querido pai. Apesar de não ter tido a oportunidade de estudar e

enfrentar inúmeras dificuldades ao longo da vida, ele sempre nos incentivou a buscar o conhecimento e o crescimento pessoal. Este é mais um sucesso que entrego a você, com muito amor e satisfação. Amor eterno.

- Por Mariana.

Gostaríamos, também, de expressar nosso mais profundo agradecimento à nossa orientadora, Sônia Amoroso, que nos apoiou e guiou com tanta dedicação e paciência ao longo de todo o processo de desenvolvimento da nossa pesquisa.

## Referências

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Tradução Dora Flaksman - 2.º ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

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

ARRAIS, Alessandra da Rocha, MOURÃO, Mariana Alves e FRAGALLE, Bárbara. **O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto**. Saúde e Sociedade [online]. 2014, v. 23, n. 1. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100020>.

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BASSANEZI, Carla. Mulheres dos anos dourados. In DEL PRIORE, Mary (org.). **História das mulheres no Brasil**. 8ª ed. São Paulo: Contexto, 2006. Disponível em <https://democraciadireitoegenero.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/07/del-priore-histc3b3ria-das-mulheres-no-brasil.pdf>.

BEAUVOIR, Simone de. **O Segundo Sexo**. v.I, II. Tradução Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BRASIL. **Lei Nº 3.071, de 1º de janeiro de 1916. Código Civil de 1916. Promulgado pelo Decreto-Lei nº 3.071, de 1º de janeiro de 1916**. Brasília: Imprensa Nacional, 1916. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l3071.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%203.071%2C%20DE%201%C2%BA%20DE%20JANEIRO%20DE%201916.&text=C%C3%B3digo%20Civil%20dos%20Estados%20Unidos%20do%20Brasil.&text=Art.,os%20princ%C3%ADpios%20e%20conven%C3%A7%C3%B5es%20internacionais disp](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l3071.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%203.071%2C%20DE%201%C2%BA%20DE%20JANEIRO%20DE%201916.&text=C%C3%B3digo%20Civil%20dos%20Estados%20Unidos%20do%20Brasil.&text=Art.,os%20princ%C3%ADpios%20e%20conven%C3%A7%C3%B5es%20internacionais disp)

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, DF, 1990. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm).

\_\_\_\_\_. **Lei n.º 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei n.º 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, Brasília, DF, 8 abr. 2005. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm).

\_\_\_\_\_. **Lei nº 14.721, de 08 de novembro de 2023. Altera os arts. 8º e 10 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente)**. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/lei/L14721.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14721.htm).

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** Ministério da Saúde, 2010. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf).

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Gravidez na adolescência: desejo ou subversão. In: Ministério da Saúde. Prevenir é sempre melhor.** Biblioteca Virtual em Saúde. Brasília, 2000. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/156\\_04PGM2.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/156_04PGM2.pdf).

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Importância do pré-natal.** Biblioteca Virtual em saúde, 2005. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/importancia-do-pre-natal>.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Lei garante à gestante o direito a acompanhante durante o trabalho de parto, o parto e pós-parto.** Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/julho/lei-garante-a-gestante-o-direito-a-acompanhante-durante-o-trabalho-de-parto-o-parto-e-pos-parto>.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, 24 jun. 2011. Seção 1, p. 80. Disponível em <http://www.saude.gov.br/>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual Técnico: Pré-Natal e Puerpério - Atenção Qualificada e Humanizada do Distrito Federal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pré-Natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada.** Série A-Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Caderno no5. Brasília (DF), 2005. 160p. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf).

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.** Brasília, DF, 2002. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>.

\_\_\_\_\_, **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).** Brasília: Ministério da Saúde, 1983.

\_\_\_\_\_. **Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI).** Brasília: Ministério da Saúde, 1973.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde de A a Z: Gravidez - Pré-natal.** Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/gravidez/pre-natal>.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderno de Atenção Básica: Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco.** Brasília, 2013. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico].** Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf).

BOTELO, L. L. R.; CUNHA, C. C. de A.; MACEDO, M. **O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais.** *Gestão e Sociedade*, v. 5, n. 11, p. 121–136, 2011. <https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>.

CROCKETTI, Rafaela Martins, SILVA, Juvêncio Borges. **A promulgação do estatuto jurídico civilista de 1916 e as matrizes do patriarcalismo brasileiro: A cidadania feminina brasileira negada no direito positivado.** *In Anais do Congresso Brasileiro de Processo Coletivo e Cidadania*, n. 8, p. 405-430, out/2020.

DINIZ, Carmen Simone Grilo, CHACHAM, Alessandra S. **O corte por cima e o corte por baixo: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Pau.** Questões de Saúde Reprodutiva, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006. Tradução. Disponível em [https://www.researchgate.net/publication/307211773\\_O\\_corte\\_por\\_cima\\_e\\_o\\_corte\\_por\\_baixo\\_o\\_abuso\\_de\\_cesareas\\_e\\_episiotomias\\_em\\_Sao\\_Paulo](https://www.researchgate.net/publication/307211773_O_corte_por_cima_e_o_corte_por_baixo_o_abuso_de_cesareas_e_episiotomias_em_Sao_Paulo).

DEL PRIORE, Mary, BASSANEZI, Carla (coord. de textos). **História das Mulheres no Brasil.** São Paulo: Editora Contexto. UNESP, 1997. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ha/a/cYjcCmMKw9FX7G3jYMzx4Qp/?format=pdf&lang=pt>.

EXAME. **Mulheres estudam mais e ganham menos que os homens no Brasil, segundo estudo do IBGE.** Disponível em <https://exame.com/carreira/mulheres-estudam-mais-e-ganham-menos-que-os-homens-no-brasil-segundo-estudo-do-ibge>.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Editora Atlas S.A, 2002.

GOMES, Annatália Meneses de Amorim. **Da violência institucional à rede materna e infantil: desafios e possibilidades para efetivação dos direitos humanos e redução da mortalidade.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: caderno 4 - Humanização do parto e nascimento.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. p. 46-56. Disponível em [https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizasus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf).

GRADVOHL, Silvia Mayumi Obana, OSIS, Maria José Duarte, MAKUCH, Maria Yolanda. **Maternidade e formas de maternagem desde a idade média à atualidade.** Pensando fam., Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 55-62, jun. 2014. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-494X2014000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2014000100006&lng=pt&nrm=iso).

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Tratado de psiquiatria.** 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

KROB, Adriane Diehl, GODOY, Josehelen de, LEITE, Keila Pamela, MORI, Samantha Gottardo. **Depressão na gestação e no pós-parto e a responsividade materna nesse contexto.** Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande, v. 9, n. 3, p. 3-16, dez. 2017. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2017000300001&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2017000300001&lng=pt&nrm=iso).

LEAL, L. C. **O bebê inaugura a família: a terapia pais-bebê.** In: PRADO, L. C. (Org.). **Famílias e Terapeutas: construindo caminhos.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2014. p. 97-131.

LOMBARDI, W., PEREIRA, A. L. N. de C., GUARDIERO, A. C. L., TAKASUCA, A. L. M., PAINI, G. R., CANTU, C. B., LOMBARDI, L. B., MARCHETTI, L. de O., MARCINKEVICIUS, J. A., BOCCHI, M. P., BORGES, J. R., SENA, M. P., SALVE, H. G. **Drogas na gestação e seus agravos: do feto ao adulto.** Brazilian Journal of Health Review, [S. l.], v. 6, n. 4, p. 15082–15100, 2023. DOI: 10.34119/bjhrv6n4-087. Disponível em <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/61439>.

MATE, Gabor. **O mito do normal: a ciência e a pseudociência do estresse e da saúde mental.** Tradução de Fernanda Abreu. São Paulo: Editora Sextante, 2023.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **História da maternidade no Brasil: Arquivos, fontes e possibilidades de análise.** In: ANPUH. **XXIII Simpósio Nacional de História.** Realizado em Londrina, 2005. Disponível em [https://anpuh.org.br/uploads/anais-simposios/pdf/2019-01/1548206572\\_2a69af3b61ead144c0589eef75c7c9fb.pdf](https://anpuh.org.br/uploads/anais-simposios/pdf/2019-01/1548206572_2a69af3b61ead144c0589eef75c7c9fb.pdf).

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde.** Biblioteca Virtual de Saúde. 2. ed. Brasília, DF, 2011. Disponível em [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf).

MENDONÇA, J. G. R., RIBEIRO, P. R. M. **Algumas reflexões sobre a condição da mulher brasileira da colônia às primeiras décadas do século XX.** Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação, Araraquara, v. 5, n. 1, p. 93–104, 2011. DOI: 10.21723/riaee.v5i1.3495. Disponível em <https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/3495>.

MOURA, S. M. S. R. DE., ARAÚJO, M. DE F. **A maternidade na história e a história dos cuidados maternos.** Psicologia: Ciência e Profissão, v. 24, n. 1, p. 44–55, mar. 2004. Disponível em <https://www.scielo.br/j/pcp/a/3sCV35wjck8XzbyhMWnhrzG>.

NAKAMURA, M.U., AMED, A.M. **Assistência ao pré-natal in Obstetrícia, guias de medicina ambulatorial e hospitalar**. São Paulo: Editora Manolo [Escola Paulista de Medicina], 2003. [3 Cap. 01].

POSTER. Mark. **Teoria Crítica da Família**. Rio de Janeiro, Zahar, 1979.

REIS, Rachel Sarmento, ABI RACHED, Chennyfer Dobbins. **O papel do enfermeiro no acompanhamento de pré-natal de baixo risco utilizando a abordagem centrada na pessoa - gestante**. International Journal of Health Management Review, [S. l.], v. 3, n. 2, 2017. DOI: 10.37497/ijhmreview.v3i2.125. Disponível em <https://ijhmreview.org/ijhmreview/article/view/125>.

RESENDE, Deborah Kopke, BEDRAN, Paula Maria Bedran. **AS CONSTRUÇÕES DA MATERNIDADE DO PERÍODO COLONIAL À ATUALIDADE: UMA BREVE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**. Periódicos UFMG - novembro de 2017. Disponível em <https://periodicos.ufmg.br/index.php/revistatrespontos/article/download/15232/12128/42031>.

REZENDE, Ceny Longhi; SOUZA, José Carlos. **Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher**. Psicol inf., São Paulo, v. 16, n. 16, p. 45-69, dez. 2012. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-88092012000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092012000200003&lng=pt&nrm=iso).

SANAR. **Fases do trabalho de parto**. Disponível em <https://sanarmed.com/fases-do-trabalho-de-parto-colunistas-2/>.

SANAR. **Parto: um desafio para a humanização**. Disponível em <https://sanarmed.com/parto-um-desafio-para-humanizacao-colunistas/>.

SANFELICE, C., Abbud, F., PREGNOLATTO, O., Silva, M., & Shimo, A. (2014). **Do parto institucionalizado ao parto domiciliar**. Revista Rene, 15(2), 362-370. doi: 10.15253/2175- 6783.2014000200022.

SCAVONE, L. **Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 5, n. 8, p. 47–59, fev. 2001. Disponível em <https://www.scielo.br/j/icse/a/NzTkJJrXYGPHDZ3sQRbR9tc/abstract/?lang=pt#>.

SERRUYA, S. J., CECATTI, J. G., LAGO, T. DI G. DO. **O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais**. Cadernos de Saúde Pública, v. 20, n. 5, p. 1281–1289, set. 2004. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/9nJfmGQRd3jYxMRnkHRJKpH/#>.

SILVA, Antônio de Jesus. **As diferentes compreensões da gestação na cultura**. Revista brasileira de ciência moderna, vol. 1, ano 3. 2023. Disponível em <https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/download/737/429>.

SILVA, Maria Zeneide Nunes da; ANDRADE, Andréa Batista de; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. **Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica**. *Saúde em Debate* [online], v. 38, n. 103, pp. 805-816, 2014. Disponível em <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140073>. ISSN 0103-1104.

SOUZA J, OLIVEIRA JL, OLIVEIRA JLG, ALMEIDA LY, GAINO LV, SAINT-ARNAULT, DM. **Promotion of women’s mental health: the influence of physical health and the environment**. Rev Bras Enferm. 2019;72(Suppl 3):184-90. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0415>. Disponível em <https://www.scielo.br/j/reben/a/xknNkXJFQxTDJkRNq76PCLR/>.

TOMAZI, Micheline Mattedi, ROCHA, Joelson de Maria e JÚNIOR, Cândido. **“Mães de fevereiro”: representação social da figura materna em reportagem sobre “greve” da PM no Espírito Santo**. Via Litterae [ISSN 2176-6800] • Anápolis • v. 11, n. 1 • p. 19-38 • jan./jun. 2019. Disponível em <http://www.revista.ueg.br/index.php/vialitterae/>.

VIELAS, E.F., DOMINGUES, R.M.S.M., DIAS, M. A. B., Nogueira da Gama, S. G., Filha, M. M. T., Costa, J. V. da, Bastos, M. H., & Leal, M. do C. **Assistência pré-natal no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 30, p. S85–S100, 2014. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/CGMbDPPr4FL5qYQCpPKSVQpC/#ModalHowcite>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Care in normal birth: a practical guide. Report of a technical working group**. National Library Medicine, 1996a . Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9271979/>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority** National Library medicine, 1996b. Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/9241545615>.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho; URIBE, Magaly Calderón; NADAL, Ana Hertzog Ramos de; HABIGZANG, Luísa Fernanda. **Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa**. Revista Psicologia & Sociedade, Belo Horizonte, v. 29, p. e155043, 2017. Disponível em [http //dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043](http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043).