

PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA GRUPAL PARA PREVENÇÃO DO PARTO TRAUMÁTICO

*PSYCHOLOGICAL PRENATAL: PROPOSAL OF A PSYCHO-EDUCATIONAL GROUP
INTERVENTION FOR PREVENTION OF TRAUMATIC CHILDBIRTH*

Alessandra da Rocha Arrais , Anne Caroline Santana de Alencar

RESUMO: O parto pode gerar vivências positivas ou negativas para o desenvolvimento emocional da mulher e, em algumas situações, configurar-se como um evento potencialmente traumático. O Pré-Natal Psicológico (PNP) surge como intervenção psicoeducativa grupal, complementar ao pré-natal padrão, destinada a oferecer acolhimento e apoio psicológico durante o ciclo gravídico-puerperal. Este estudo teve como objetivo analisar o PNP como estratégia de prevenção da experiência parturitiva traumática. Trata-se de uma pesquisa-ação, longitudinal, desenvolvida em um ambulatório de psicologia clínica de uma maternidade pública de Brasília. Participaram 16 gestantes, distribuídas em grupo intervenção (n=8), composto por mulheres que aceitaram participar do PNP, e grupo controle (n=8), formado por gestantes que recusaram a intervenção e receberam apenas o atendimento psicológico previsto na rotina hospitalar. Os dados dos dois grupos foram analisados e comparados. Ambos revelaram vivências semelhantes de trauma no parto; contudo, o grupo controle apresentou mais fatores de risco e menos fatores de proteção. Embora os resultados indiquem que o PNP não impede a ocorrência de trauma, conclui-se que, associado a outros fatores protetivos, pode potencializar sua eficácia e reduzir impactos negativos. Ressalta-se a necessidade de mais pesquisas sobre o tema e sobre o papel psicoprofilático da psicologia clínica no ciclo gravídico-puerperal.

PALAVRAS-CHAVE: pré-natal psicológico, parto traumático, fatores de proteção, fatores de risco.

ABSTRACT: Childbirth can generate positive or negative experiences for a woman's emotional development and, in some situations, can be a potentially traumatic event. Psychological Prenatal Care (PNP) emerges as a group psychoeducational intervention, complementary to standard prenatal care, designed to offer support and psychological assistance during the pregnancy-puerperium cycle. This study aimed to analyze PNP as a strategy for preventing traumatic childbirth experiences. This is a longitudinal action research study, developed in a clinical psychology outpatient clinic of a public maternity hospital in Brasília. Sixteen pregnant women participated, distributed into an intervention group (n=8), composed of women who agreed to participate in PNP, and a control group (n=8), formed by pregnant women who refused the intervention and received only the psychological care provided in the hospital routine. The data from both groups were analyzed and compared. Both revealed similar experiences of trauma during childbirth; however, the control group presented more risk factors and fewer protective factors. Although the results indicate that PNP does not prevent the occurrence of trauma, it is concluded that, associated with other protective factors, it can enhance its effectiveness and reduce negative impacts. The need for further research on this topic and on the psychoprophylactic role of clinical psychology in the pregnancy-postpartum cycle is highlighted.

KEYWORDS: psychological prenatal; traumatic childbirth; protection factors; risk factors.

Revista Interlocus, volume 1, número 4, 2025

DOI: 10.5281/zenodo.18039293

Editor: Eduardo Mendonça Pinheiro

Artigo recebido: 20/06/2025

Artigo Aceito: 12/12/2025

Artigo Publicado: 23/12/2025



1. INTRODUÇÃO

O parto é um evento fundamental no processo de transição para a maternidade, que possibilita à gestante, experiências que poderão influenciar significativamente seu desenvolvimento como mulher e qualidade de sua maternagem (Donelli, 2003; Pontes e Cantillino, 2014). A vivência do parto permanece intrínseca à subjetividade da mulher em desenvolvimento e pode ter um impacto positivo ou negativo sobre ela e sobre a relação que desenvolverá com seu bebê (Donelli, 2003; Pontes; Cantillino, 2014). De modo geral, as grávidas adquirem progressivamente conhecimentos sobre eventos relacionados ao trabalho de parto (TP) e parto, e não raro os associam com uma experiência dolorosa e potencialmente fatal (Wilkie e Deligiannidisk, 2014; Polachek *et al.*, 2015). Assim, as vivências no TP e parto, para muitas mulheres, podem representar um evento estressante, aversivo, violento, com marcos negativos, inclusive como um evento psiquicamente traumático com repercussões negativas para sua vida como mãe e mulher (Zambaldi *et al.*, 2011).

A 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), publicado em maio de 2013, contempla três situações em que o evento pode ser experimentado como traumático: quando ele é sofrido pelo próprio indivíduo, quando o indivíduo presencia o evento e quando toma conhecimento por outras fontes que valorizam mais a percepção e resposta da pessoa ao evento traumático (APA, 2014). Nesse sentido, Donelli (2003) ressalta que a potencialidade para acarretar benefício ou dano psicológico está presente em cada parto e, portanto, há muito mais envolvidos no processo de saúde e integridade física da mãe e do bebê. As memórias sobre o parto permanecem em nível cognitivo e psicológico, influenciando continuamente as percepções da mulher sobre a experiência por um longo tempo, pois a maneira como a mãe é cuidada nesse período afeta o modo como cuida do seu bebê nas seis semanas seguintes, afirma Donelli (2003).

O parto traumático é definido por Pontes e Cantillino (2014), como um evento que ocorre durante o TP, ou no momento do parto e envolve a real ou temida lesão física ou morte da mulher ou do recém-nascido, em que durante esse evento, a parturiente experimenta medo intenso, desamparo, perda de controle e horror (Wilkie e Deligiannidisk, 2014; Polachek *et al.*, 2015). Mesmo um parto considerado de rotina para a equipe de saúde, pode ser um evento psiquicamente traumático para a mulher, relacionado a sentimentos negativos durante o TP e parto, alertam Zambaldi *et al.* (2011) e Pontes e Cantillino (2014). Geralmente, o impacto negativo está associado aos fatores de risco, e o positivo aos fatores de proteção para o parto traumático.

Fatores de risco são eventos ou situações já estabelecidas propícias ao surgimento de problemas físicos, psicológicos e sociais (Yunes; Szymanski, 2001), que serão neste artigo convencionados em se apresentar com maior intensidade no período do TP e parto. O estabelecimento de fatores de risco. Nesse período, pode contribuir para melhor compreensão do problema, e para a elaboração de estratégias de prevenção e de diagnóstico precoce na vivência de um parto traumático.

De acordo com a literatura da área, os fatores de risco para um parto traumático incluem: uso de procedimentos invasivos e intervenções no momento do parto (Modaries *et al.*, 2012), tais como, episiotomia, parto instrumentado (Shaban *et al.*, 2013), parto operatório ou cesariano (Shaban *et al.*, 2013, Ayers *et al.*, 2014), violência obstétrica (Barboza; Mota, 2016) ou falta de assistência adequada da equipe de saúde (Milbrath *et al.*, 2010; Paz; Fensterseifer, 2011), ausência de acompanhante (Paz e Fensterseifer, 2011), complicações obstétricas durante o parto (Polachek *et al.*, 2015), nascimento prematuro (Pontes; Cantillino, 2014), parto de natimortos (Gold *et al.* 2015), falta de conhecimento sobre o TP e parto, idealização do parto (Medeiros, 2012) ou decepção entre o tipo de parto desejado e o reali-

zado (Costa *et al.*, 2012; Medeiros, 2012; Pedreira; Leal, 2015; Cronemberger, *et.al*, 2016), alta percepção de dor (Shaban *et al.*, 2013, Skinner; Dietz, 2014, Ding *et al.*, 2014), e a vivência de morbidades maternas graves, como hemorragia pós-parto, pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia, síndrome de HELLP, passagens por Unidades de Terapia Intensiva (Furuta *et al.*, 2014). Outros fatores considerados de risco são o pobre suporte social e o estresse na gestação (Yamaguchi, 2007; Bortoletti, 2007; Zambaldi *et al.*, 2011; Garthus *et al.*, 2014). A presença desses fatores de risco pode enrijecer a mulher e interferir no decorrer do processo de nascimento e parto, o que favorece lesões físicas e traumas psíquicos, alerta Medeiros (2012).

O risco de apresentar sintomas de trauma pode ser agravado pela percepção da perda do controle do processo, o medo de perder o bebê (O'Donovan *et al.*, 2014), mulheres primíparas (Montmasson *et al.*, 2012), parto pré-termo, gestações não planejadas (Shaban *et al.*, 2013), transtornos psiquiátricos prévios como depressão e ansiedade gestacionais (Wilkie; Deligiannidsk, 2014; Polachek *et al.*, 2015) expectativas negativas do parto (O'Donovan *et al.*, 2014, Garthus *et al.*, 2013; Cronemberger, *et.al*, 2016), e suporte emocional e socioeconômico deficiente (Ayers *et al.*, 2014, Montmasson *et al.*, 2012).

Milbrath *et al.* (2010), em seu estudo a respeito das vivências maternas sobre a assistência recebida no processo de parturição, perceberam que há aspectos positivos e negativos advindos dessas vivências. Os positivos relacionavam-se ao diálogo, à confiança e agilidade no atendimento. Por isso, diante de uma possível experiência traumática no parto, faz-se necessário conhecer não só os fatores de risco, mas também delinear os fatores de proteção que devem ser fortalecidos para minimizar as vivências negativas.

Os fatores de proteção são medidas preventivas, ou situações já estabelecidas que funcionem como proteção às influências que transformam ou melhoram respostas pessoais (Yunes; Szymanski, 2001), no caso desta pesquisa, as respostas no período do TP e parto.

Embora fatores de proteção devam ser compreendidos no contexto e não a priori (Yunes; Szymanski, 2001), há características comuns nas descrições sobre fatores protetivos para o parto traumático, a saber: Recém-nascido a termo (Pontes e Cantillino, 2014), mãe multípara (Montmasson *et al.*, 2012), mãe casada ou que mantém relação estável, relacionamento conjugal satisfatório, apoio emocional do pai do bebê (Yamaguchi, 2007; Bortoletti, 2007; Zambaldi *et al.*, 2011; Garthus *et al.*, 2014), ausência de histórico de parto anterior traumático, pré-natal padrão completo, ausência de problemas de relacionamento com a equipe de saúde do Pré-natal, parto como o desejado (Costa *et al.*, 2012; Medeiros, 2012; Pedreira; Leal, 2015; Cronemberger, *et.al*, 2016) satisfação com o parto, apoio e encorajamento da equipe obstétrica (Milbrath *et al.*, 2010; Paz; Fensterseifer, 2011), presença e ajuda de acompanhante (Paz e Fensterseifer, 2011) , orientação prévia sobre TP e parto (Medeiros, 2012), utilização de recursos farmacológicos ou não para o controle de dor, dor no parto suportável (Shaban *et al.*, 2013; Skinner; Dietz, 2014; Ding *et al.*, 2014), amamentação do bebê na 1ª hora, contato com o bebê nos primeiros minutos de vida, realização do contato pele a pele (Spehar; Seidl, 2013), planejamento do parto (Costa *et al.*, 2012), apoio emocional da rede social, acompanhamento psicológico na gestação e apoio nos cuidados do RN (Zambaldi *et al.*, 2011; Zambaldi *et al.*, 2010) e a participação no Pré-Natal Psicológico (Bortoletti, 2007; Kozinszky *et al.*, 2012; Arrais *et al.*, 2014; Collado *et al.*, 2014; Arrais *et al.*, 2015) que é o objeto de estudo da presente pesquisa.

O Pré-Natal Psicológico (PNP) atua na diminuição de angústias da gestante ou do casal grávido com o intuito de humanizar o ato do nascimento. Trata-se de uma intervenção psicoeducativa e psicoprofilática, que promove diminuição da ansiedade e angústia, intervêm no medo e empodera a postura ativa das gestantes no TP e parto (Bortoletti, 2007, Arrais *et al.*, 2014; Arrais *et al.*, 2015).

Conforme Arrais *et al.* (2015), o PNP é uma abordagem diferenciada de atendimento que, na atual realidade, é pouco encontrada nos serviços de obstetrícia e mesmo na clínica psicológica. Trata-se de uma abordagem complementar aos aspectos discutidos nos cursos de gestantes e no pré-natal padrão, essencialmente oferta do por médicos e enfermeiros.

Bortoletti (2007) ressalta que o PNP é relevante ao preparo físico e psicológico para o parto e maternidade, pois a assistência tem caráter psicoprofilático e trabalha a orientação e a simulação de parto e dessensibilização de cesárea, o que favorece dar vazão às fantasias inconscientes que provavelmente emergirão no momento real. Rios e Vieira (2007) também destacam que as ações educativas, como o PNP, no decorrer das etapas do ciclo grávido-puerperal, auxiliam a mulher a vivenciar o parto de forma positiva e visam minimizar complicações no puerpério e obter sucesso na amamentação. Esse trabalho permite ainda diminuir a ansiedade e o desconforto, o que se mostra diretamente relacionado ao sucesso do processo de parto quando há relacionamento de ajuda e de confiança na equipe obstétrica (Frias; Franco, 2008).

Ademais, de modo geral, o que se observa é que há psicólogos hospitalares em maternidades, que esporadicamente entram para atuar no parto em situações que são demandados, não sendo, porém, rotina essa presença constante no CO. Nas vezes em que o psicólogo é solicitado, geralmente é para acompanhar partos, onde ocorre alguma intercorrência ou dificuldade de manejo da parturiente ou do seu acompanhante, porém ele não compõe a equipe obstétrica.

Constata-se uma escassez na literatura, embora já existam pesquisas que apontam para a importância da presença do psicólogo durante o parto e para os possíveis benefícios de sua atuação neste contexto (Lorén-Guerrero *et al.*, 2018; Goes, 2021, Mourão; Zerbini; Arrais, 2022), não encontramos estudos que abordem qual seria o seu papel e escopo de atuação.

Diante desse contexto, o presente estudo buscou investigar o PNP como recurso de preparação para o TP e parto e sua potencialidade para minimizar a experiência parturitiva traumática. Hipotetiza-se que o PNP fortalecerá os fatores de proteção e diminuirá os fatores de risco durante a gestação e auxiliará na preparação para o processo de parto, para que seja vivido de forma satisfatória e menos traumática.

2. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa longitudinal, de curta duração, com delineamento baseado na pesquisa-ação. Thiollent (2008) esclarece que nesse método os pesquisadores buscam intervir propositalmente em uma realidade, a fim de alterá-la e avaliam posteriormente a utilidade e eficácia de sua intervenção. A pesquisa ação, de acordo com Thiollent (2008) ocorre em três fases: a primeira fase consiste na elaboração do diagnóstico da situação; a segunda fase consiste na implantação da intervenção e a terceira fase refere-se à avaliação da intervenção realizada.

2.1 Colaboradoras

A amostra das 16 mulheres foi composta por conveniência. Na primeira fase do estudo elas estavam gestantes e na terceira fase já haviam se tornado puérperas. Estas foram divididas em dois grupos: o Grupo Intervenção composto por oito mulheres que participaram

do PNP e o Grupo Controle formado pelas oito mulheres que não participaram PNP.

Cabe esclarecer, que todas as grávidas atendidas no ambulatório de psicologia clínica e da saúde da maternidade, no dia que ocorriam os encontros grupais do PNP, foram convidadas a participar da pesquisa, mas apenas algumas aceitaram. As que se recusaram a participar das sessões do PNP, respondiam apenas os instrumentos da primeira fase e permaneciam em atendimento psicológico previsto na rotina de seu acompanhamento individual de psicologia. Essas gestantes constituíram o Grupo Controle da pesquisa. Foram excluídas da amostra as demais mulheres que foram convidadas, mas não responderam a todos os instrumentos da pesquisa ou se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2.2 Local

Ambulatório de psicologia clínica e da saúde de uma maternidade pública de Brasília, DF, que é referência regional no atendimento à clientela de baixa renda e com gestação de alto risco.

2.3 Material

Foram utilizados como instrumentos:

- Perfil Gestacional - constituiu-se em um roteiro de entrevista semiestruturada, com questões abertas e fechadas, aplicada a colaboradora grávida, contendo questões sobre dados sociodemográficos, história da gestação, rede social de apoio e história de gestações anteriores, entre outros, que teve por intuito identificar previamente nestes dados os fatores de risco e os fatores de proteção para o parto traumático.
- Inventário Beck de Depressão (BDI-II) e Inventário Beck de Ansiedade (BAI): foram aplicados tanto no grupo intervenção, quanto no grupo-controle. O BDI-II é um inventário auto aplicado de 21 itens, os quais correspondem a diferentes níveis de gravidade da depressão. A soma dos escores dos itens individuais fornece um total que constitui um escore dimensional da intensidade da depressão, classificado como: mínimo, leve, moderado ou grave. conforme seu recente estado, cujo escore de ansiedade pode corresponder à mínima, leve, moderada ou severa (Beck; Steer, 1993);
- Sessões grupais do Pré-Natal Psicológico (PNP): foram realizados em cinco encontros semanais, no ambulatório do serviço de psicologia clínica e da saúde da maternidade, com diversas temáticas, que estimulavam a participação interativa e dinâmica, por meio de técnicas projetivas como leitura de texto, escrita de relato, recorte e colagem, desenhos e vídeos. Para presente pesquisa foram selecionados os relatos das sessões que abordaram os temas: crenças sobre o parto, história de partos anteriores, a história do próprio parto, a construção do plano de parto, processo fisiológico do parto, as fases do TP, recursos não farmacológicos para controle de dor, as mudanças psicológicas e fisiológicas decorrentes da maternidade, o empoderamento da parturiente, os tipos de partos cesariana e vaginal.
- Perfil puerperal: roteiro de entrevista semiestruturada, com questões abertas e fechadas, sobre: a reação ao nascimento, o grau de expectativa do TP e parto, interação, orientação e intervenção da equipe de saúde, a presença ou não de um

acompanhante, a intensidade da dor no momento do parto, o nível de satisfação com o parto, das experiências no TP e parto, assim como no contato inicial de cuidados com o bebê e sentimentos relacionados com a vivência da maternidade. Inclusos neste roteiro também estão questões sobre a utilização de procedimentos não farmacológicos para alívio da dor, necessidade Uti neonatal ou cirurgia no recém-nascido logo após o parto, realização do contato pele a pele e rede de apoio social neste período inicial do puerpério.

Cabe esclarecer que, com exceção do Inventário Beck, os demais instrumentos foram elaborados pela equipe de pesquisa, com base em um estudo piloto com cinco gestantes/puérperas, para adequação do material à fase de coleta de dados.

2.4 Procedimentos:

Após o estudo piloto, a coleta de dados prosseguiu de acordo com as fases preconizadas pela metodologia da pesquisa- ação, de Thiollent (2008), a saber: Na primeira fase de diagnóstico, ocorrida um pouco antes da primeira sessão do PNP, aplicou-se a entrevista gestacional e as escalas BDI-II e BAI a todas as gestantes que aceitaram participar da pesquisa, momento em que também assinaram o TCLE. Em seguida, na segunda fase da intervenção, houve a implantação do PNP, do qual participaram apenas as oito gestantes do grupo intervenção. E, na terceira fase de avaliação, foram aplicados, em ambos os grupos, a Entrevista Pós-parto Imediato em todas as puérperas, que eram monitoradas desde a gestação e logo após o parto acontecia a aplicação da entrevista, na maternidade, em no máximo três dias após o parto.

Para analisar os dados procedeu-se a análise mista com compilação de dados quantitativos e qualitativos. Os dados foram organizados e sistematizados a partir das entrevistas e das escalas BDI-II e BAI aplicadas. Os dados das entrevistas foram sistematizados em quatro tabelas com a síntese dos fatores de risco e de proteção, sociodemográficos e níveis de depressão e ansiedade gestacionais encontrados, para ambos os grupos intervenção (colaboradoras P1 à P8) e o grupo controle (colaboradoras P9 à P16), e mensurados em uma análise quantitativa simples, no qual se registrou a presença do fator com o “X” e a ausência com “espaço em branco”; e depois se somou o total de fatores presentes para cada grupo. As escalas BDI-II e BAI foram corrigidas e classificadas de acordo com os seus manuais (Beck e Steer, 1993) e se os sintomas de depressão e ansiedade estivessem presentes, também se assinalavam esses dois fatores no referido quadro.

Os relatos verbais das participantes do grupo do PNP relacionados à experiência do parto e o material produzido pelas mesmas, também foram transcritos e analisados. A análise qualitativa destes conteúdos inspirou-se na técnica de Bardin (2011), assim como dos dados obtidos nas questões das entrevistas.

Todas as informações analisadas foram organizadas em três categorias: caracterização da amostra, fatores de proteção e fatores de risco, associando-se os dados quantitativos e qualitativos, que serão apresentados a seguir, na seção de resultados.

Por fim, realizaram-se análises comparativas, que propõem comparar grupos distintos, diante das suas semelhanças e divergências, entre os resultados do grupo intervenção e grupo controle. Este tipo de análise privilegiou a identificação dos resultados com os objetivos delineados inicialmente no estudo, com vistas a esclarecer se o PNP configura-se fator protetor para um parto traumático.

2.5 Cuidados éticos

Este estudo é um recorte da pesquisa intitulada: “O Pré-Natal como Programa de Prevenção à Depressão Pós-Parto”, que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal - FEPECS, em abril de 2012 sob o nº 025/2012. Está em consonância com os princípios estabelecidos na Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, bem como, no Código de Ética Profissional do Psicólogo, do Brasil, na sua última versão de 2014.

3. RESULTADOS

3.1 Caracterização das colaboradoras

Os dados sociodemográficos e o histórico obstétrico, quanto à paridade das colaboradoras da pesquisa, colhidos por meio da Entrevista Gestacional mostraram os seguintes resultados:

1. No grupo intervenção: a idade das gestantes variou entre 20 e 32 anos, com uma média de 26,1 anos. Esse grupo se compõe de duas (25%) solteiras, duas (25%) casadas e quatro (50%) em relação marital estável. Quanto à escolaridade uma (12,5%) possui nível fundamental, seis (75%) ensino médio e uma (12,5%) ensino superior. Há homogeneidade quanto à ocupação, sendo que quatro (50%) trabalham e quatro (50%) estão desempregadas e a renda familiar variou entre R\$540,00 e R\$4.000,00. Quanto à paridade, cinco (62,5%) delas são primíparas e três (37,5%) multíparas.
2. No grupo controle a idade variou entre 28 e 40 anos, com a média de 32,5 anos. Entre as gestantes, duas apresentavam união estável (25%) e seis (75%) eram casadas; duas (25%) possuem nível fundamental, quatro (50%) possuem ensino médio e duas (25%) possuem ensino superior; três (37,5%) estão empregadas e cinco (62,5%) desempregadas; quanto aos indicadores sociais da renda familiar houve variação entre R\$540,00 e R\$3.000,00. Neste grupo as oito participantes (100%) são multíparas.
3. Os dados sociodemográficos indicaram que as colaboradoras do grupo controle apresentavam uma idade média maior que as do grupo intervenção. Houve predomínio de relação estável e casamento no grupo controle, enquanto o grupo intervenção contou com mulheres casadas, com relação estável e também com duas mulheres solteiras. A situação ocupacional no grupo intervenção era mais favorável que do grupo controle, em que a maioria se encontrava desempregada. A paridade se mostrou, predominantemente, de primíparas no grupo intervenção e de multíparas no grupo controle.

Em síntese, os dados sociodemográficos e de histórico obstétrico quanto à paridade sugerem que o grupo intervenção teria mais fatores de risco (são mais jovens, há menos relações maritais estáveis e são na maioria primíparas) que o grupo controle, e, portanto, neste quesito poder-se-ia supor que as mulheres do grupo intervenção estariam mais vulneráveis ao parto traumático.

3.2 Fatores de Risco para o parto traumático

Alguns resultados destacam-se na análise dos dados obtidos como fatores de risco. Estes fatores foram evidenciados pela maioria das mulheres, de ambos os grupos.

Foram encontrados, nos dois grupos, os seguintes fatores de risco: Presença de ansiedade e depressão gestacional, recém-nascido pré-termo, relação conjugal insatisfatória, falta de apoio do pai do bebê, perda gestacional anterior, história de parto traumático anterior, problema de saúde na atual gestação, problemas de relacionamento com a equipe de saúde do pré-natal, ausência de plano de parto, parto como não desejado, insatisfação com o parto, trauma no parto, atitude ou procedimento inadequado da equipe obstétrica, falta de orientação prévia sobre o TP e parto, dor no parto insuportável, falta do contato pele a pele, o bebê não amamentou na 1ª hora, não viu o bebê nos primeiros minutos de vida dele, o bebê precisou ir para a UTI Neonatal ou realizar algum procedimento pós-parto, rede de apoio empobrecida, ausência de acompanhamento psicológico e ausência de apoio nos cuidados com o recém-nascido.

O grupo intervenção seis (75%) participantes tiveram seu bebê prematuramente, sendo destas quatro (50%) primíparas. Duas (25%) mulheres do grupo intervenção e duas (25%) mulheres do grupo controle afirmaram possuir um relacionamento conjugal insatisfatório. Uma (12,5%) participante do grupo controle não possui o apoio emocional do pai do bebê. Os resultados são semelhantes quanto à quantidade de mulheres que tiveram uma perda gestacional anterior, sendo duas (25%) em cada grupo. Relativo a histórico de parto traumático anterior no grupo intervenção duas (25%) mulheres consideram ter tido essa vivência, comparado com quatro (50%) mulheres no grupo controle que afirmaram o mesmo. Sete (87,5%) mulheres do grupo intervenção tiveram problemas de saúde na atual gestação comparados a apenas duas (25%) do grupo controle. Uma (12,5%) participante em cada grupo teve problemas de relacionamento com a equipe de saúde do pré-natal padrão.

Quanto ao Plano de parto, quatro (50%) mulheres do grupo intervenção e seis mulheres do grupo controle não elaboraram os seus. No grupo intervenção, quatro (50%) mulheres não tiveram o seu parto como desejado, bem como quatro (50%) mulheres no grupo controle e uma (12,5%) participante no grupo intervenção ficou insatisfeita com o parto e duas (25%) mulheres insatisfeitas com o parto no grupo controle. Os dois grupos tiveram duas (25%) mulheres que afirmaram ter ficado com trauma do parto. Enquanto, apenas uma (12,5%) puérpera do grupo intervenção julgou que houve atitude inadequada da equipe obstétrica, três (37,5%) participantes no grupo controle tiveram esta percepção.

No grupo controle cinco (62,5%) participantes não tiveram orientação prévia sobre o TP e parto, enquanto nenhuma do grupo intervenção assinalou esse fator. No grupo intervenção, uma (12,5%) parturiente não teve ajuda para controle da dor, cinco (62,5%) participantes no grupo controle também não contaram com esse auxílio. Em relação à intensidade da dor, encontrou-se em cada grupo, quatro (50%) participantes consideraram a dor no parto insuportável. Quatro (50%) puérperas do grupo intervenção não tiveram o contato pele a pele nos primeiros minutos. Em ambos os grupos, cinco (62,5%) participantes de cada não amamentou o bebê na primeira hora, sendo que no grupo intervenção quatro (50%) mulheres não viu o bebê nos primeiros minutos de vida e um (12,5%) participante no grupo controle também não pode vê-lo.

Quatro (50%) participantes do grupo intervenção e uma (12,5%) do grupo controle informaram que bebê precisou de UTI Neo ou de algum procedimento imediato pós-parto. Uma (12,5%) puérpera do grupo intervenção apresentou rede de apoio empobrecida neste momento, contra quatro (50%) mulheres no grupo controle. Não contou com apoio nos cuidados do RN, tanto uma (12,5%) puérpera do grupo intervenção como uma (12,5%) no grupo controle. Consideraram que não tiveram acompanhamento psicológico durante a gestação as oito (100%) participantes do grupo controle e três (37,5%) participantes do grupo intervenção.

Ao contrário do que apontam os autores Milbrath *et al.* (2010) e Paz e Fensterseifer (2011) sobre a falta de assistência adequada da equipe de saúde como um fator de risco, encontrou-se que a percepção de atitudes ou procedimentos inadequados da equipe durante o parto constou em 37,5% do grupo controle e apenas 12,5% do grupo intervenção. Apesar de parecer um resultado pouco frequente, nos relatos das participantes do grupo controle há mobilização emocional por parte das parturientes a se referirem ao sofrimento decorrente da indiferença dos profissionais, conforme indicam os fragmentos abaixo:

“A médica disse que ela sabia sobre a dor e não eu. Ela não me compreendeu.” (Colaboradora P10).

“A médica tirou a placenta depois de dar os pontos.” (Colaboradora P9).

“A médica antes do médico do plantão noturno me deixou sozinha, ela me ignorou.” (Colaboradora P15).

A ausência do acompanhante foi destacada por 50% das participantes do grupo intervenção e 62,5% das parturientes do grupo controle. O grupo intervenção tinha clareza deste direito, pois foram orientadas nas sessões de PNP, mas seus acompanhantes foram impedidos de entrar na cena do parto, por regras institucionais internas de algumas maternidades, em especial nos casos de parto cesáreos. O relato a seguir, evidencia a sensação de desamparo experimentada pela falta de acompanhante:

“Fiquei muito só (choro) quando a gente tá bem aparece todo mundo, quando a gente tá doente, não aparece ninguém para te ajudar!” (Colaboradora P16).

Considerando em ambos os grupos, a descrição das participantes que afirmaram ter tido trauma no parto, foi possível delinear que tal experiência esteve relacionada com a percepção de atitude inadequada da equipe obstétrica, algumas caracterizando de fato como violência obstétrica, intensidade da dor no TP (contrações) e no parto (expulsivo), duração do tempo entre início do TP e parto e mesmo no caso das múltiparas, o parto não ter sido como o desejado. As falas das colaboradoras P8 e P15 ilustram bem essa ideia:

“Foi uma grosseria do médico do plantão noturno e do enfermeiro... eles não deixaram ver a minha filha... isso foi uma violência!” (Colaboradora P8).

“Pensei que não ia ser capaz de passar pelo que passei, o médico disse que fez o parto com sete cm, a contração sumia e eles mandavam continuar fazendo força com o bebê coroando. Foi um parto traumático pelas dores nas contrações fortes, o tempo demorado da dilatação e a hora dela nascer. Se fosse ter outro filho pagaria cesárea porque não aguentaria outro parto normal como esse.” (Colaboradora P15).

Foram mensurados, a parte, por meio das Escalas de Beck, os fatores de risco de Ansiedade e Depressão Gestacional.

Esses resultados permitiram identificar os seguintes níveis: no grupo intervenção a ansiedade no nível mínimo esteve presente em cinco (62,5%) gestantes, uma (12,5%) apresentou o nível leve, um (12,5%) apresentou um nível moderado, e uma (12,5%) apresentou nível grave; no grupo controle os escores dos níveis foram: duas (25%) gestantes apresentaram nível mínimo, duas (25%) apresentaram nível leve, três (37,5%) apresentaram nível moderado e uma (12,5%) apresentou nível grave. Os resultados apontaram que os níveis de ansiedade gestacional se mantiveram menores no grupo intervenção (37,5%) do que no

grupo controle (75%). Apesar da presença do nível de ansiedade no grupo intervenção, há um predomínio maior quanto aos escores de nível grave e moderado no grupo controle.

Em síntese, os resultados mostraram que a presença de fatores de risco é relativamente aproximada entre ambos os grupos, pois a soma dos itens assinalados pelas participantes totalizou 75 fatores para o grupo intervenção e 78 fatores para o grupo controle. Mas, o grupo intervenção teve um valor um pouco menor considerando o conjunto de fatores de risco para a vivência do parto traumático, quando comparado ao grupo controle. Ao contrário de que ocorreu quanto aos fatores sociodemográficos, o grupo intervenção revelou-se um pouco menos vulnerável ao risco que o grupo controle.

3.3 Fatores de Proteção para o Parto Traumático

Os fatores de proteção encontrados foram evidenciados pela maioria das mulheres, de ambos os grupos e podem ser visualizados na Tabela 4, a seguir, onde foram sistematizados.

Levando em consideração o referencial teórico do estudo, foram encontrados os seguintes fatores de risco na amostra pesquisada: Recém-nascido a termo, ter relacionamento conjugal satisfatório, ter apoio emocional do pai do bebê, ausência de histórico de parto anterior traumático, fez o pré-natal padrão completo, sem problemas de relacionamento com a equipe de saúde do Pré-natal, teve parto normal, teve plano de parto, teve o parto com desejado, e satisfeita com o parto, teve apoio e encorajamento da equipe obstétrica, presença e ajuda de acompanhante, ter orientação prévia sobre trabalho de parto e parto, ter participado do PNP, ter utilizado de recursos não farmacológicos para o controle de dor, dor no parto suportável, bebê amamentou na 1ª hora, viu o bebê nos primeiros minutos de vida, houve o contato pele a pele, recebeu apoio emocional da rede social, teve acompanhamento psicológico na gestação e teve apoio nos cuidados do recém-nascido no pós-parto imediato.

Ao comparar os dois grupos da pesquisa, se observa que no grupo intervenção apenas duas (25%) mulheres contra todas as mulheres (100%) do grupo controle tiveram seu parto a termo. Há uma semelhança nos dados quanto ao relacionamento conjugal satisfatório, sendo que, tanto no grupo intervenção como no grupo controle seis (75%) mulheres afirmaram essa alternativa. Sobre o apoio emocional do pai do bebê, seis (75%) mulheres do grupo intervenção puderam contar com ele, enquanto no grupo controle foram sete (87,5%). Houve também dados semelhantes quanto à ausência de história de parto anterior traumático, em que cada grupo quatro (50%) mulheres relataram não haver trauma anterior. Sobre a ausência de problema de saúde prévio apenas duas (25%) do grupo intervenção não apresentaram intercorrência obstétrica comparado a cinco (62,5%) do grupo controle.

Com relação ao tipo de parto no grupo intervenção houve uma igualdade quantitativa, sendo que quatro (50%) tiveram o parto normal e quatro (50%) o parto cesáreo, quando comparados ao grupo controle há uma pequena desigualdade, sendo que apenas três (37,5%) tiveram o parto normal e cinco (62,5%) fizeram a cesárea. No grupo intervenção, quatro (50%) participantes tinham o plano de parto, enquanto no grupo controle apenas dois (25%) tinham o plano de parto. Relacionado ao parto ser como o desejado, houve constância em ambos os grupos, com quatro (50%) participantes de cada. Sete (87,5%) mulheres do grupo intervenção ficaram satisfeitas com o seu parto confrontado com seis (75%) mulheres satisfeitas do grupo controle.

Destacou-se, como fator de proteção o Pré-Natal - padrão completo, unânime nas respostas. Encontrou-se que todas as colaboradoras realizaram seis ou mais consultas de pré-natal. A importância do pré-natal se desdobra em outros fatores. Observou-se que 87,5% das participantes do grupo intervenção e também do grupo controle indicaram como fator positivo não ter problemas de relacionamento com a equipe que realiza o pré-natal. O apoio e encorajamento da equipe também apareceram em 100% das respostas do grupo intervenção e 75% do grupo controle.

No momento do parto, o que foi mais significativo positivamente para o grupo intervenção foi ver o bebê saindo, escolha da posição do parto e o choro do bebê. Já para o grupo controle os fatos positivos mais marcantes foram: o nascimento do bebê, a equipe atenciosa, capaz de oferecer orientações adequadas ao momento, reação à anestesia da cesárea e a dor.

Os primeiros momentos com o bebê também foram enfatizados nos resultados, e a amamentação, na primeira hora após o nascimento, aparece nas respostas de 37,5% das participantes de em ambos os grupos da pesquisa. Ver o bebê nos primeiros minutos, obter apoio nos cuidados com o recém-nascido e ter contato pele a pele foram evidenciados como fatores protetivos pelas gestantes de ambos os grupos.

A presença e ajuda do acompanhante não mostrou grande diferença entre o grupo intervenção (50%) e no grupo controle (37,5%). Porém, as participantes do PNP ressaltaram a importância do acompanhante nas entrevistas, como mostram os seguintes trechos:

“Ele (companheiro) me ajudou porque me trouxe tranquilidade” (Colaboradora P1).

“Ajudou principalmente pelo apoio emocional, de saber que ele estava ali comigo, do meu lado... Deu beijo, carinho, massagem” (Colaboradora P7).

“Passou segurança, conforto e força” (Colaboradora P8).

Deve ser levado em consideração que nas cesáreas realizadas nenhuma mulher teve o direito de estar acompanhada. As que estiveram acompanhadas em ambos os grupos, e na mesma estimativa consideraram que o acompanhante ajudou e favoreceu o processo do trabalho de parto e parto ao invés de atrapalhar.

Outros fatores de proteção apontados com grande percentual pelo grupo intervenção fizeram menção à orientação prévia sobre o TP e parto (100%) e a utilização dos recursos para controlar a dor (87,5%). Esse foi um grande diferencial entre os grupos, pois no grupo controle estes percentuais foram de apenas 37,5% nos dois fatores. Cabe salientar, que esses dois termos se apresentaram como conteúdo das sessões de PNP e foram avaliados como protetivos a partir da intervenção.

Encontrou-se em todas ou (100%) das colaboradoras do grupo controle fatores de proteção ao parto traumático como: nascimento do bebê a termo, ser multípara, e ter uma relação estável, que são fortes fatores protetivos reconhecidos pela literatura. As colaboradoras do grupo intervenção não contavam em sua totalidade com esses fatores de proteção, portanto poderiam ser consideradas mais vulneráveis ao risco do que as mulheres do grupo controle.

No geral, essas foram as maiores diferenças percentuais entre os resultados dos grupos, pois os fatores protetivos foram identificados pelo grupo intervenção, quando 100% das participantes validaram a experiência como fator de proteção relacionado ao auxílio que o PNP propiciou. O acompanhamento psicológico na gestação apontado por 62,5%

das participantes do grupo intervenção e que foi não apontado entre as grávidas do grupo controle também foi um resultado que permitiu validar o trabalho emocional promovido pelo trabalho do PNP.

Algumas falas expressam a influência do PNP no parto:

“Ajudou-me demais, fiquei mais informada e mais tranquila. Lembrei-me da respiração, de ficar calma” (Colaboradora P5).

“Ajudou a ficar mais informada, saber lidar com a cesárea, com o normal, como é que é.” (Colaboradora P6).

“Ajudou muito, tanto por causa do processo fisiológico, do que acontece, como o psicológico, de manter a calma, se concentrar” (Colaboradora P8).

Considerando a soma dos fatores de proteção identificados na tabela 4, encontra-se que há um total de 140 registros desses fatores presentes no grupo intervenção contra 134 registros desses fatores no grupo controle. Observa-se que o grupo intervenção, exibiu escore ligeiramente maior de fatores protetores comparando-se ao grupo controle, sendo que essa pequena diferença entre os grupos se concentra na dimensão psicológica de apoio ou de participação no PNP.

Esses dados reforçam a hipótese de que este tipo de trabalho grupal apresenta contribuições relevantes para minimizar o risco do trauma no parto, pois problematiza a idealização, investe no enfrentamento das condições possíveis para o parto e prepara a grávida para o enfrentamento das adversidades, a partir de recursos próprios e da rede social.

Contudo, deve-se considerar a multifatorialidade relacionada à vivência do TP e parto, pois apesar de ser um fator de proteção, ou seja, que minimiza o efeito do dano, não é um fator de impedimento para a ocorrência de trauma no parto, como foi possível observar no grupo intervenção, descrito nos resultados obtidos.

4. DISCUSSÃO

Os fatores de risco, assim como os vários fatores de proteção para o parto traumático encontrados na presente pesquisa são concordes quanto aos fatores apontados pela literatura (Pontes; Cantillino, 2014; Montmasson *et al.*, 2012; Yamaguchi, 2007; Bortoletti, 2007; Zambaldi *et al.*, 2011; Garthus *et al.*, 2014; Costa *et al.*, 2012; Medeiros, 2012; Pedreira; Leal, 2015; Cronemberger, *et.al*, 2016; Milbrath *et al.*, 2010; Paz; Fensterseifer, 2011; Shaban *et al.*, 2013; Skinner; Dietz, 2014; Ding *et al.*, 2014; Spehar; Seidl, 2013; Zambaldi *et al.*, 2011; Zambaldi *et al.*, 2010; Bortoletti, 2007; Kozinszky *et al.*, 2012; Arrais *et al.*, 2014; Collado *et al.*, 2014; Arrais *et al.*, 2015).

Assim, os resultados do estudo corroboraram o que a literatura afirma como efeito traumático do parto associado a real ou temida lesão física ou morte da mulher ou do recém-nascido, uma vez que a puérpera experimenta medo intenso, desamparo, perda de controle e horror (Beck, 2004 in Zambaldi *et al.*, 2011). Outros fatores se mostraram presentes como a insatisfação da assistência da equipe no parto, como a falta de informação quanto ao procedimento a que a grávida está sendo submetida e ter a sensação de perda de controle ou sofrer alguma experiência humilhante (Zambaldi *et al.*, 2010).

O estudo permitiu também questionar sobre o empoderamento da mulher em seu parto. Embora se estimule que a grávida seja ativa em seu parto, essa ação nem sempre encontra receptividade institucional ou entre os profissionais de saúde que a acompa-

nam no momento do parto. A parturiente fica vulnerável às autorizações, necessitando, portanto, ser validada pelos profissionais que a assistem e pela a instituição que deve respeitá-la em sua subjetividade e direitos. Esse resultado sugere que o modelo biomédico, com sua organização descontextualizada e normas rígidas, ainda é hegemônico, na estrutura ambulatorial hospitalar, em especial na obstetrícia, a despeito de todos os esforços feitos nos últimos anos com as Políticas brasileiras de humanização para o parto e nascimento (Rattner, 2009) .

A equipe de saúde mostra-se detentora do saber diante do paciente e mantém de modo geral, uma postura soberana no momento do atendimento tanto no pré-natal padrão, quanto no TP e parto. Esse é um fenômeno histórico-cultural, que faz com que as mulheres se tornem passivas no momento da internação hospitalar para o parto (Rattner, 2009). Mesmo que haja uma preparação consciente pelo seu desejo do tipo de parto, no momento da parturição e nascimento, pode haver um rompimento de intervenção do “saber” materno, no momento de vulnerabilidade da transição da fase do desenvolvimento do ciclo vital da mulher e família (Brasil, 2014), como parece ter acontecido nos casos de algumas mães que participaram do PNP. Mas, no momento do parto não puderam garantir que o mesmo fosse realizado como elas desejaram, pois se depararam com limites institucionais e atitudinais da equipe.

Notou-se a partir disso, que algo se perde quando a mulher não tem a possibilidade de ter a mesma equipe que a atendeu no pré-natal e durante o TP e parto na instituição em que é internada. Devido a essa equipe não conhecê-la, nem seus medos e anseios, de como de fato se desenvolveu a gestação além dos dados biológicos e fisiológicos dos exames. Se em todos os casos, fosse possível ser a mesma equipe, talvez não houvesse tanta discrepância entre o parto escolhido ou desejado e o parto possível/ofertado, o que favorece uma brecha para a ocorrência de um parto “anormal” e/ou traumático.

Relativo ao tipo de parto destaca-se nos dois grupos os indicadores que demonstram os reais índices do uso indiscriminado do procedimento da cesárea, ponderando as reais indicações e o quantitativo da amostra, confrontam a proposta estratégica da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (Brasil, 2001) de que a prevalência desse tipo de parto, não deve ser superior a 15% para a população-alvo de qualquer país. A escolha da via de parto, normal (vaginal) ou cesárea (cirúrgica), deve ser coerente com os riscos e benefícios, complicações e repercussões futuras na vida da mãe e do bebê (Miranda *et al.*, 2008).

É perceptível que há uma disparidade no modelo assistencial do pré-natal quanto às informações reais e científicas, que acontecem no TP e parto. O papel real que cabe a todos os profissionais de saúde que acompanham o período gravídico-puerperal é o de orientar sobre os aspectos para que a mulher tenha uma escolha da via de parto consciente que irá satisfazer seus anseios e expectativas, além da sua saúde e do seu bebê, e este devem considerar que a escolha envolve o preparo da mulher, família, os determinantes biológicos e sociais relacionados à mulher e gestação/parto, adequação ao local do nascimento e equipe técnica envolvida com esta atenção numa atitude ética e humana, respeitando o objetivo principal dos profissionais e das mulheres envolvidos com o parto, pois segundo o Ministério da Saúde é o de “se obter ao fim da gestação, um recém-nascido saudável, com plena potencialidade para o desenvolvimento biológico e psicossocial futuro; e também uma mulher/mãe com saúde e não traumatizada pelo processo de nascimento que acabou de experimentar” (Brasil, 2001, p.32).

Pode-se afirmar que os resultados encontrados na presente pesquisa contrariam parcialmente o conceito de assistência humanizada no contexto do parto preconizado por

Rattner (2009) como uma tentativa de resgate do acompanhamento do TP e da assistência ao parto. Para esta autora, é necessário respeitar cada mulher como sujeito ofertando suporte emocional não só para a mãe como também para a família e contemplar os desejos da mulher quanto ao seu planejamento para o parto. Quando isso não é considerado, torna-se um fator de risco para o desencadeamento do trauma no parto, já que os estímulos externos (equipe- procedimentos-dor) se opõem à idealização do parto, como foi possível observar em algumas colaboradoras do estudo, participantes de ambos os grupos de intervenção e controle.

As falas das colaboradoras também evidenciaram a violência obstétrica da qual se sentiram vítimas, e corroboraram a revisão de literatura feita por Barboza e Mota (2016), sobre as práticas de violência obstétrica que ocorrem nas maternidades no momento do parto, suas implicações no bem-estar subjetivo das mulheres e as relações sociais que estruturam estas práticas e ressaltou as falas de mulheres que vivenciaram essas agressões e o sofrimento desencadeado por estas práticas violentas.

Também se ressalta que a presença dos índices moderados e elevados de ansiedade e depressão gestacional na amostra especialmente do grupo controle, o que é considerada como fator de risco importante para a vivência do parto, como afirmam Wilkie e Deligiannidsk (2014) e Polachek *et al.* (2015).

Quanto aos sentimentos descritos pelas participantes de ambos os grupos, esses se assemelharam à literatura sobre a vivência da maternidade no pós-parto imediato. Bortolotti (2007) ressalta que nas condições biopsicossociais e espirituais, o início do processo da maternagem após o parto pode revelar sentimentos de tensão, ansiedade, insegurança, irritação e aflição. Neste momento, o bebê não é o único personagem em desenvolvimento, mas a mulher torna-se mãe, sendo a maternidade um aspecto do seu processo de desenvolvimento, que abrange sua bagagem, história e cultura sobre o desempenho materno, a subjetividade feminina e a expectativa do exercício idealizado da maternidade (Spehar; Seidl, 2013).

Quando o acompanhante foi o companheiro estável da participante, o pai do bebê, a vivência materna é positiva, como afirmaram várias colaboradoras. O estudo de Pedreira e Leal (2015) confirmou essa percepção, pois os resultados ressaltaram que quando o pai do bebê esteve presente durante o parto, as mães entrevistadas o referiram como figura principal de suporte no pós-parto. Torna-se fundamental ajudar a mulher ao longo da gestação a lidar com estas questões e a formular expectativas saudáveis de modo a adaptar-se à nova fase da sua vida. É importante que, dentre o processo pela busca de humanização do parto, não se considere apenas a vivência da mulher, mas que os estudos também se preocupem em mensurar a importância do papel do acompanhante para a paternidade (Brasil, 2014).

De acordo com as colaboradoras, esse papel de guardião foi exercido também por profissionais que visam à humanização do parto e nascimento, entre eles o psicólogo clínico que atua no ambiente hospitalar, que quando presente reforçou a sua atuação de preservar a mulher e acompanhante e prevenir possíveis traumas nesse momento de vulnerabilidade emocional. A psicologia clínica aplicada à obstetrícia é que se irá tratar dessas questões que envolvem o ciclo gravídico-puerperal, através do instrumento de estudo deste trabalho, o PNP, que desmistifica o parto aprendido socialmente por meio da diminuição do medo-tensão-dor (círculo vicioso), possibilitando à mulher novas associações sobre o TP e parto, para transformar a vivência do nascimento em um parto natural (Silva *et al.*, 2014).

A utilização dos recursos não farmacológicos pela maioria das colaboradoras da

amostra contribuiu para que houvesse uma homogeneidade quanto ao controle e percepção da dor durante as contrações e do período expulsivo. Esse favorecimento é descrito por Balaskas (2012), que relata que neste momento a parturiente deve ter a liberdade de movimentar-se, escolhendo uma posição que a ajude a ser ativa, tornando as contrações mais regulares e eficientes, além de diminuir o tempo do parto. Ainda segundo a autora, durante esse período de dilatação o trabalho se torna mais produtivo e oferece menor resistência se a parturiente ficar na posição vertical, em um ambiente de penumbra, com o mínimo de pessoas e distrações. Deambular, ficar sentada, de cócoras, de joelho, semi-a-jelhada, banho de imersão, são alguns movimentos que contribuem de fato para a progressão mais rápida do processo e relaxamento entre as contrações para o alívio da dor.

De acordo com o que a literatura evidencia sobre o PNP, o seu principal foco é a assistência psicológica que possibilitará a diminuição de angústia e de ansiedade e no círculo vicioso medo-tensão-dor por meio do acesso à informação e ao conhecimento (Bortoletti, 2007; Arrais *et al.*, 2014; Arrais *et al.*, 2015). O trabalho pode promover as potencialidades dos protagonistas na experiência, as parturientes, para a prevenção dos transtornos psíquicos do puerpério, mesmo diante de vivências negativas na realidade que se contraem ao ideal do parto e da maternidade. O estudo de Collado *et al.*, (2014) que buscou avaliar o impacto de um programa de pré-natal com base numa abordagem psicossomática à gravidez e ao parto, quanto ao risco de DPP e os resultados do parto em mulheres desfavorecidas, concluiu que a abordagem psicossomática grupal pode ser mais útil para a população-alvo do que os programas de pré-natal padrão.

Portanto, acredita-se que programas de pré-natal com base numa abordagem psicológica, seja ela de referencial teórico prático da psicossomática ou psicoeducacional, como o PNP, podem contribuir para ampliar fatores de proteção ao parto saudável e reduzir fatores adversos associados ao parto traumático. Nesse sentido, nos apoiamos nos resultados da pesquisa de Arrais *et al.* (2025) que encontrou que após a participação no PNP, as gestantes demonstraram: mais estabilidade psíquica, maior controle da ansiedade, manutenção ou redução de dosagens no tratamento farmacológico, melhor adesão ao tratamento psiquiátrico e obstétrico, menos intervenções na hora do parto, menos episódios de crises psíquicas e ideação suicida. Sendo assim, essas autoras concluíram que o PNP trata-se de um recurso não farmacológico, adjuvante ao tratamento psiquiátrico, complementar ao pré-natal obstétrico e à assistência psicológica antes, durante e após o parto.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, acredita-se que o tema da pesquisa é atual e relevante, e representa uma contribuição para a área da psicologia, especialmente àquela voltada para o estudo da prática clínica em hospitais e instituições de saúde. Mesmo que os resultados tenham apontado que o PNP não é uma condição impeditiva da ocorrência de traumas no parto, conclui-se que, aliado a outros fatores de proteção, pode minimizar os efeitos dos fatores de risco para a experiência de um parto traumático.

É necessário reconhecer a necessidade de se ampliar a amostra e de se acompanhar e mensurar a influência do trabalho de parto e parto quanto à subjetividade da mulher e a maternidade, e a relação da díade mãe-bebê, no período pós-parto tardio; já que o tempo da coleta de amostra do estudo foi limitado ao pós-parto imediato. Sugere-se que estudos futuros focalizem, de forma mais abrangente, a investigação da satisfação com o parto, bem como a sua inter-relação da dor e do parto como desejado ou não.

Vale destacar que o PNP se trata de uma metodologia que pode ser realizada com

eficiência no âmbito do SUS que, se revela como uma modalidade de acompanhamento emocional, psicoeducativo e psicoprofilático às gestantes. É uma medida não farmacológica, adjuvante ao tratamento psiquiátrico, complementar ao pré-natal obstétrico e à assistência psicológica, feita pelo psicólogo perinatal/ hospitalar tanto antes, durante, como após o parto.

REFERÊNCIAS

- ARRAIS, A. DA R., TEIXEIRA, S. B. C., SANCHO, A. P., FREIRE, M. M. N. DE O., & LUZ, R. M. de C. A. 2025. O pré-natal psicológico no SUS: um relato de experiência vinculada ao ambulatório de psiquiatria perinatal. **Revista Delos**, 18(68), e5357. <https://doi.org/10.55905/rdelosv18.n68-003>
- ARRAIS, A. R., ARAÚJO, T. C. C. F. & SCHIAVO, R. A. Depressão e ansiedade gestacionais relacionada à depressão pós-parto e o papel preventivo do pré-natal psicológico. **Revista Psicologia e Saúde**, 11(2), 23-34, 2019. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.706>
- ARRAIS, A. R., ARAÚJO, T. C. C. F., & SCHIAVO, R. A. Fatores de risco e proteção associados à depressão pós-parto no pré-natal psicológico. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 38(4), 711-729. 2018. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003342016>
- ARRAIS, A.R. & ARAÚJO, T. C. C. F. Pré-natal psicológico: perspectivas para atuação do psicólogo em Saúde Materna no Brasil. **Revista da SBPH - Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar** 19(1), 103-116, 2016. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000100007&lng=pt&tlng=pt.
- AYERS S.; JESSOP D.; PIKE A.; PARTIFF Y.; FORD E. 2014. The role of adult attachment style, birth intervention and support in posttraumatic stress after childbirth: a prospective study. **Journal of Affect Disorders**, 155:295-298.
- BALASKAS, J. 2012. **Parto Ativo: Guia prático para o Parto Natural**. São Paulo, 2ª Edição, Editora Groun, 317p.
- BARBOZA, L.P.; MOTA, A. 2016. Violência obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, 5:119-129. Disponível em <https://dx.doi.org/2317-3394rpdsv5i1.847>, acesso em 05/06/2016.
- BARDIN, L. 2011. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 229 p.
- BORTOLETTI, F.F. 2007. **Psicologia na prática obstétrica: Abordagem Interdisciplinar**. Barueri, SP, Manole, 370 p.
- BRASIL. 2014. Humanização do parto e do nascimento. **Cadernos HumanizaSUS**, 4, Brasília, Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 2001. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf, acesso em 03/11/2013.
- COLLADO, M. A. O.; FAVROD, M. S.; HATEM, M. J. 2014. Antenatal psychosomatic programming to reduce postpartum depression risk and improve childbirth outcomes: a randomized controlled trial in Spain and France. **BMC Pregnancy Childbirth**, 15:14:22. doi: 10.1186/1471-2393-14-22, acesso em 15/11/2015
- COSTA, R.; PACHECO, A.; FIGUEIREDO, B. 2012. Antecipação e experiência emocional do parto. **Psicologia, Saúde & Doenças**, 13, p.15-35. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v13n1/v13n1a03.pdf>, acesso em 18/09/2013.
- DONELLI, T.M.S. 2003. **O parto no processo de transição para a maternidade**. Porto Alegre, RS. Dissertação de mestrado em psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRS, 175 p.
- FRIAS, A.; FRANCO, V. A. 2008. Preparação psicoprofiláctica para o parto e o nascimento do bebê:

estudo comparativo. **INFAD- Revista de Psicologia. Internacional journal of development and educational psychology**, 1:47-54. Disponível em: http://infad.eu/RevistaINFAD/2008/n1/volumen1/INFAD_010120_47-54.pdf, acesso em 25/11/2013.

GARTHUS, N.; VON SOERT, T.; KNOPH, C.; SIMONSEN, T. B.; TORGENSEN, L.; EBERHARD-GRAN, M. 2014. The influence of women's preferences and actual mode of delivery on post traumatic stress symptoms following childbirth: a population based longitudinal study. **BMC Pregnancy Childbirth**, 14: 191. doi: 10.1186/1471-2393-14-191, acesso em 11/03/2016.

GOES, R. M. **Os atravessamentos do discurso médico na experiência subjetiva de parturição de usuárias do Sistema Único de Saúde**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás, 2021.

KOZINSZKY, Z.; DUDAS, R.B.; DEVOSA, I.; CSATORDAI, S.; TÓTH, E.; SZABÓ, D.; SIKOVANYECZ, J.; BARABÁS, K.; PÁL, A. 2012. Can a brief antepartum preventive group intervention help reduce postpartum depressive symptomatology? **Psychother Psychosom.**, 81: 98-107. doi: 10.1159/000330035, acesso em 18/01/2016.

LORÉN-GUERRERO, L. et al. Assessment of significant psychological distress at the end of pregnancy and associated factors. **Arch Womens Ment Health**, [S. l.], v. 21, p. 313-321, 2018.

MEDEIROS, I. A. 2012. **Expectativas e grau de satisfação da grávida e puérpera com o tipo de parto**. Covilhã, PT. Dissertação mestrado em Medicina da Universidade da Beira Interior- UBI, 33p.

PAZ, L.S.; FENSTERSEIFER, L. M. 2011. Equipe de enfermagem e o acompanhante no parto em um hospital público de Porto Alegre. **Revista Interdisciplinar NOVAFAP**, 4:9-13.

PEDREIRA, M.; LEAL, I. 2015. Terceiro trimestre de gravidez: expectativas e emoções sobre o parto. **Psicologia, Saúde & Doenças**, 16:254-266. Disponível em <https://dx.doi.org/10.15309/15psd160210>, acesso em 17/05/2016.

RIOS, T.F.; VIEIRA, N.F.C. 2007. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência e saúde coletiva**, 12: 477-486. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200024>, acesso em 03/11/2013.

SILVA, N.O.; ARRAIS A.R.; LORDELLO, S.R.M. 2014. Percepção da equipe obstétrica sobre o papel do psicólogo hospitalar em um centro obstétrico do DF. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, 3:49-67.

WILKIE, G.; DELIGIANNIDSK, M. 2014. Effects of pre-natal depression and anxiety on labor and delivery outcomes. **Obstetrics and Gynecology**, 123: 82S-3S.