

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

DANIELA DO CARMO OLIVEIRA MENDES

Repercussões de grupos de gestantes na saúde mental e reprodutiva de mulheres grávidas:
uma análise com base nos Determinantes Sociais da Saúde

Ribeirão Preto

2023

DANIELA DO CARMO OLIVEIRA MENDES

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Ciências, Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Promoção de Saúde Mental

Orientadora: Regina Célia Fiorati

Coorientadora: Juliana Cristina dos Santos Monteiro

Ribeirão Preto

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Mendes, Daniela do Carmo Oliveira

Repercussões de grupos de gestantes na saúde mental e reprodutiva de mulheres grávidas: uma análise com base nos Determinantes Sociais da Saúde. Ribeirão Preto, 2023.

111 p.: il.; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Regina Célia Fiorati

Coorientador: Juliana Cristina dos Santos Monteiro

1. Determinantes Sociais da Saúde. 2. Cuidados de Saúde. 3.Saúde Mental. 4.Saúde Reprodutiva. 5.Gestantes.

MENDES, D. C. O.

REPERCUSSÕES DE GRUPOS DE GESTANTES NA SAÚDE MENTAL E REPRODUTIVA DE MULHERES GRÁVIDAS: UMA ANÁLISE COM BASE NOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de doutora em Ciências.

Aprovada em: 24 /02/2023

Presidente

Profa. Dra. Regina Célia Fiorati

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Comissão Julgadora

Profa. Dra. Flávia Azevedo Gomes-Sponholz

Instituição: Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto.

Profa. Dra. Simone Protti Zanatta

Instituição: Universidade Federal de São Carlos.

Profa. Dra. Nayara Gonçalves Barbosa

Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora.

DEDICATÓRIA

À Deus, pois somente em Ti, construirei a minha vida e colocarei a minha esperança. Dedico também aos meus familiares e às queridas gestantes.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo dom da vida e por tudo que tenho e sou. Agradeço especialmente a Ele, por me permitir trilhar essa trajetória.

Aos meus pais, Pedro Mendonça (in memoriam) e Vera Lúcia, por todo o cuidado e por me proporcionarem a base para a minha jornada de vida serena, perseverante e resiliente, apesar de todas as dificuldades.

Às minhas queridas irmãs, Fabiana e Rafaela, pelo companheirismo e amor eterno.

Ao meu companheiro, Igor Mendes, pelo amor e compreensão incondicional, pelo incentivo e por compartilhar comigo essa etapa tão importante da minha trajetória profissional.

À toda minha família e amigos presentes em minha vida, pelo afeto, escuta e apoio.

À minha querida orientadora, Regina Célia Fiorati, pelas trocas, pelos aprendizados e por me conduzir nesse processo de doutoramento. E à minha querida coorientadora, Juliana Cristina dos Santos Monteiro, por todo o suporte na construção da tese e na articulação das atividades presenciais na EERP/USP. Sou grata a Deus pelo nosso encontro!

Às docentes das bancas examinadoras, pelo aceite ao convite, pelas sugestões e pelas trocas. Foi uma honra tê-las nesse processo!

Às colegas de profissão e do Dinter, pelas partilhas de conhecimentos e angústias, pelas viagens e pelos momentos agradáveis de convivência.

À Universidade do Estado de Mato Grosso que oportunizou o convênio Dinter, com apoio logístico e financeiro para nossa qualificação. É um orgulho fazer parte dessa instituição!

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, pela parceria, vivências e aprendizados.

À Secretaria Municipal de Saúde de Barra do Bugres, pela autorização do estudo e a todos os profissionais de saúde envolvidos, especialmente à querida Márcia Gouveia.

Às gestantes que integraram a investigação, pelo aceite e pelas experiências compartilhadas.

E pelo apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil.

Com todo o meu amor e gratidão!

RESUMO

MENDES, Daniela do Carmo Oliveira. Repercussões de grupos de gestantes na saúde mental e reprodutiva de mulheres grávidas: uma análise com base nos Determinantes Sociais da Saúde. 2023. Tese (Doutorado - Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

O estudo objetivou analisar as repercussões de grupos de gestantes na saúde mental e reprodutiva de mulheres grávidas, com base nos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Trata-se de uma pesquisa de métodos mistos, do tipo sequencial explanatória, desenvolvida em um município do interior do estado de Mato Grosso, com mulheres grávidas adultas em acompanhamento pré-natal em Unidades Básicas de Saúde, por meio da aplicação de questionários, entrevistas abertas e acompanhamento de grupos de gestantes. Para a coleta de dados utilizou-se três instrumentos, um com questões que abordam os DSS, caracterizando as condições sociodemográficas das participantes; outro sendo um questionário de percepção de qualidade de vida (WHOQOL-bref); e um roteiro norteador para a entrevista qualitativa. Os dados quantitativos foram submetidos à análise estatística, processados no *software* IBM® SPSS® Statistics e os qualitativos a análise de conteúdo temática, apoiado no uso do *software* Atlas.ti. Os resultados evidenciam o perfil sociodemográfico das participantes e a partir deste, os DSS que são e/ou podem constituir fatores de vulnerabilidade social de gestantes, destacando-se a raça/cor, escolaridade, situação ocupacional, renda familiar, sistema de proteção social, condições de moradia e as redes de inserção social. Quanto a qualidade de vida de gestantes que participaram da intervenção grupal e foram acompanhadas nesse estudo, identificou-se que os melhores níveis de satisfação de sua qualidade de vida foram provenientes dos domínios psicológico e das relações sociais, existindo um aumento percentual dos escores na etapa após os grupos de gestantes. Os níveis mais baixos de satisfação foram derivados do domínio físico. Em relação ao domínio meio ambiente, mesmo que tenha sido evidenciado um aumento percentual da classificação da qualidade de vida “boa”, depois dos grupos, a maioria das participantes ainda perceberam a sua qualidade de vida como “regular”. Mesmo assim, foi possível verificar efeitos positivos da intervenção grupal na qualidade de vida das participantes. Os achados qualitativos permitiram ampliar a compreensão dos DSS que podem interferir na saúde mental e reprodutiva das gestantes, reconhecidos em quatro dimensões analíticas - financeira-laboral, socioambiental, física-orgânica e afetiva-volitiva-relacional, além das repercussões dos grupos na saúde mental e reprodutiva das mulheres, sobretudo o fortalecimento psicossocial e benefícios ao comportamento informacional e atitudinal. Buscou-se produzir conhecimentos que contribuam à crítica e melhoria das ações pré-natais, tendo em vista a construção da integralidade na atenção à saúde mental e reprodutiva.

Palavras-chave: Determinantes Sociais da Saúde. Cuidados de Saúde. Saúde Mental. Saúde Reprodutiva. Gestantes.

ABSTRACT

MENDES, Daniela do Carmo Oliveira. Repercussions of groups of pregnant women on the mental and reproductive health of pregnant women: an analysis based on the Social Determinants of Health. 2023. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

The study aimed to analyze the repercussions of groups of pregnant women on the mental and reproductive health of pregnant women, based on the Social Determinants of Health (DSS). This is a mixed methods research, of the explanatory sequential type, developed in a municipality in the interior of the state of Mato Grosso, with adult pregnant women undergoing prenatal care in Basic Health Units, through the application of questionnaires, interviews and monitoring of groups of pregnant women. For data collection, three instruments were used, one with questions that address the SDH, characterizing the sociodemographic conditions of the participants; another being a quality of life perception questionnaire (WHOQOL-bref); and a guiding script for the qualitative interview. Quantitative data were submitted to statistical analysis, processed in IBM® SPSS® Statistics software and qualitative data to thematic content analysis, supported by the use of Atlas.ti software. The results show the sociodemographic profile of the participants and from this, the DSS that are and/or may constitute factors of social vulnerability of pregnant women, highlighting race/color, education, occupational situation, family income, social protection system, housing conditions and social insertion networks. As for the quality of life of pregnant women who participated in the group intervention and were followed up in this study, it was identified that the best levels of satisfaction with their quality of life came from the psychological domains and social relationships, with a percentage increase in scores in the stage after the groups of pregnant women. The lowest levels of satisfaction were derived from the physical domain. Regarding the environment domain, even though a percentage increase in the “good” quality of life classification was evidenced after the groups, most participants still perceived their quality of life as “regular”. Even so, it was possible to verify positive effects of the group intervention on the participants' quality of life. The qualitative findings made it possible to expand the understanding of the DSS that can interfere with the mental and reproductive health of pregnant women, recognized in four analytical dimensions - financial-labor, socio-environmental, physical-organic and affective-volitional-relational, in addition to the repercussions of groups on mental health and reproductive health, especially psychosocial strengthening and benefits for informational and attitudinal behavior. The aim was to produce knowledge that would contribute to the criticism and improvement of prenatal actions, with a view to building integrality in mental and reproductive health care.

Keywords: Social Determinants of Health. Health care. Mental health. Reproductive Health. Pregnant women.

RESUMEN

MENDES, Daniela do Carmo Oliveira. Repercusiones de los grupos de gestantes en la salud mental y reproductiva de las gestantes: un análisis a partir de los Determinantes Sociales de la Salud. 2023. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

El estudio tuvo como objetivo analizar las repercusiones de grupos de gestantes en la salud mental y reproductiva de las gestantes, a partir de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Se trata de una investigación de métodos mixtos, de tipo secuencial explicativa, desarrollada en un municipio del interior del estado de Mato Grosso, con gestantes adultas en control prenatal en Unidades Básicas de Salud, mediante la aplicación de cuestionarios, entrevistas y seguimiento de grupos de mujeres embarazadas. Para la recolección de datos fueron utilizados tres instrumentos, uno con preguntas que abordan el SDH, caracterizando las condiciones sociodemográficas de los participantes; otro es un cuestionario de percepción de calidad de vida (WHOQOL-bref); y un guión guía para la entrevista cualitativa. Los datos cuantitativos fueron sometidos al análisis estadístico, procesados en el software IBM® SPSS® Statistics y los datos cualitativos al análisis de contenido temático, apoyados en el uso del software Atlas.ti. Los resultados muestran el perfil sociodemográfico de las participantes y a partir de ello, los DSS que son y/o pueden constituir factores de vulnerabilidad social de las gestantes, destacándose raza/color, escolaridad, situación laboral, renta familiar, sistema de protección social, condiciones de vivienda y redes de inserción social. En cuanto a la calidad de vida de las gestantes que participaron de la intervención grupal y fueron acompañadas en este estudio, se identificó que los mejores niveles de satisfacción con su calidad de vida provenían de los dominios psicológico y relaciones sociales, con un aumento porcentual en puntuaciones en la etapa posterior a los grupos de embarazadas. Los niveles más bajos de satisfacción se derivaron del dominio físico. En cuanto al dominio ambiente, aunque se evidenció un aumento porcentual en la clasificación de calidad de vida “buena” después de los grupos, la mayoría de los participantes aún percibía su calidad de vida como “regular”. Aun así, fue posible verificar efectos positivos de la intervención grupal en la calidad de vida de los participantes. Los hallazgos cualitativos permitieron ampliar la comprensión de los DSS que pueden interferir en la salud mental y reproductiva de las gestantes, reconocidos en cuatro dimensiones analíticas - económico-laboral, socioambiental, físico-orgánico y afectivo-volitivo-relacional, además de las repercusiones de los grupos en la salud mental y la salud reproductiva, especialmente el fortalecimiento psicosocial y beneficios para el comportamiento informacional y actitudinal. El objetivo fue producir conocimiento que contribuya a la crítica y perfeccionamiento de las acciones prenatales, con miras a la construcción de la integralidad en la atención a la salud mental y reproductiva.

Palabras clave: Determinantes Sociales de la Salud. Cuidados de la salud. Salud mental. Salud reproductiva. Mujeres embarazadas

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização das gestantes participantes da pesquisa (n= 63), segundo faixa etária, estado civil, escolaridade, raça/cor, situação ocupacional e cidade de origem. Barra do Bugres, Mato Grosso, 2021.....	43
Tabela 2	Caracterização das gestantes (n=63), segundo inserção no mercado de trabalho, renda e composição familiar. Barra do Bugres, Mato Grosso, 2021.....	44
Tabela 3	Caracterização das gestantes (n=63), segundo condição de moradia e recursos disponíveis. Barra do Bugres, Mato Grosso, 2021.....	45
Tabela 4	Caracterização das gestantes (n=63), segundo redes de inserção social, vizinhança e comunidade: estrutura física do bairro de moradia. Barra do Bugres, Mato Grosso, 2021.....	45
Tabela 5	Caracterização das gestantes (n=63), segundo geração de renda e gastos familiares. Barra do Bugres, Mato Grosso, 2021.....	46
Tabela 6	Caracterização das gestantes (n=63), segundo redes de inserção social, vizinhança e comunidade: organização e rotina familiar. Barra do Bugres, Mato Grosso, 2021.....	47
Tabela 7	Caracterização das gestantes (n=63), segundo sistema de proteção social: redes de inserção e de apoio social. Barra do Bugres, Mato Grosso, 2021.....	47
Tabela 8	Caracterização das gestantes (n=63), segundo sistema de proteção social: acesso a serviços públicos e privados e a benefícios sociais. Barra do Bugres, Mato Grosso, 2021.....	48
Tabela 9	Percentual de participantes de acordo com a classificação dos escores obtidos em relação à percepção sobre sua qualidade de vida antes e depois da participação nos grupos de gestantes (n=11). Barra do Bugres, Mato Grosso, Brasil, 2021.....	55

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Riscos e vulnerabilidades a serem avaliados na assistência à saúde de gestantes.....	29
Quadro 2	Domínios e facetas do WHOQOL-bref.....	54
Quadro 3	Caracterização das gestantes participantes da etapa qualitativa, a partir de características individuais e obstétricas.....	60

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Estrutura conceitual preconizada pela comissão dos DSS da OMS.....24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. Introdução.....	15
2. Objetivos.....	21
3. Referencial Teórico.....	23
4. Material e Métodos.....	32
5. Resultados e Discussão.....	41
5.1 Conjunto analítico proveniente dos dados quantitativos.....	42
5.2 Conjunto analítico proveniente dos dados qualitativos.....	59
6. Considerações finais.....	81
Referências.....	84
Apêndice A – Questionário Sociodemográfico.....	96
Apêndice B – Whoqol-Bref.....	101
Apêndice C – Roteiro de Entrevista Qualitativa.....	105
Apêndice D – Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	106
Anexo A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	109

1. INTRODUÇÃO

A assistência à saúde reprodutiva é uma das áreas prioritárias das políticas de saúde públicas brasileiras, projetada para enfrentar a morbimortalidade materna e perinatal no país. Dentre o ciclo de cuidados em saúde reprodutiva, o pré-natal é uma estratégia que inclui a promoção da saúde, o rastreio, o diagnóstico e a prevenção de doenças de mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) evidencia que o pré-natal oportuniza a comunicação e o apoio às gestantes, famílias e comunidades. É possível o estabelecimento de uma comunicação efetiva com as mulheres grávidas sobre questões fisiológicas, biomédicas, comportamentais e socioculturais. Além da oferta de uma assistência respeitosa, com a inclusão de aspectos sociais, culturais, emocionais e psicológicos, visando experiências positivas de mulheres durante os cuidados pré-natais, pois estes podem constituir a base de uma maternidade saudável. Uma experiência positiva durante a gestação pode ser traduzida pela normalidade física/biológica e sociocultural, pela gravidez saudável para o binômio, transição eficaz para o parto, pela promoção da autoestima e autonomia materna, dentre outros fatores (WHO, 2016).

Entretanto, a trajetória histórica da assistência à saúde reprodutiva tem sido marcada pela naturalização da relação de subordinação e dependência de mulheres no sistema de saúde, ou seja, por uma dinâmica de poder desequilibrada entre profissionais e mulheres. Muitas vezes a satisfação destas quanto a assistência recebida depende apenas da prestação de tratamento médico e da garantia da sobrevivência materna e infantil (CASTRO, SAVAGE, 2019).

Além disso, segundo Jardim e Modena (2018) há ocorrência de atos imprudentes, negligentes, omissos, desrespeitosos e discriminatórios praticados por profissionais de saúde no pré-natal, parto e pós-parto, legitimados pelas relações simbólicas de poder, com soberania da decisão profissional e do conhecimento técnico-científico de um sistema biomédico, que os naturaliza e os banaliza.

No período da gestação tem sido evidenciada, nesse sentido, a negação de atendimento à mulher e/ou imposição de dificuldades em unidades de saúde que realizam o acompanhamento pré-natal; o negligenciamento da assistência de qualidade e inclusiva; a exposição da mulher a comentários constrangedores por sua cor/raça, idade, etnia, religião ou crença, escolaridade, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, número de filhos, entre outras situações (UFRGS, 2021).

As publicações na literatura científica internacional e nacional explicitam a magnitude do problema, enfatizando que a ocorrência de desrespeito e abuso é alta, sobretudo no parto (JOJOA-TOBAR et al., 2019; MIHRET, 2019; MESENBURG et al., 2018; PALMA, DONELLI, 2017; SANDIM, 2017).

As pesquisas mostram que mulheres comumente não possuem autonomia no ciclo gravídico e não tem informações suficientes para identificar ações inadequadas do ponto de vista teórico-legal. Isso reflete o desconhecimento e subestimação de aspectos agravantes na saúde reprodutiva, ocasionando repercussões de cunho físico, psicológico e emocional (FLORES et al., 2019; JOJOA-TOBAR et al., 2019; LANSKY et al., 2019; NASCIMENTO et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2019; OLIVEIRA, MERCES, 2017). As investigações, mostram ainda, que atos de violência na assistência estão associados as práticas obsoletas e as condições sociodemográficas, por exemplo (LANSKY et al., 2019; MIHRET, 2019; PALMA, DONELLI, 2017).

Zanardo et al. (2017) corroboram que as práticas carregadas de significados culturais estereotipados de desvalorização e submissão da mulher, embasadas pela ideologia biomédica se tornaram naturalizadas na cultura institucional.

Além disso, de acordo com Crenshaw (2002), em cenários onde forças econômicas, culturais e sociais silenciosamente moldam o pano de fundo da assistência em saúde, colocam as mulheres em uma posição também afetada por outros sistemas de subordinação, e por ser algo corriqueiro, normalizado no cotidiano de muitas mulheres, esse pano de fundo (estrutural) é, muitas vezes, invisível.

Assim, no contexto institucional e pragmático da rotina dos serviços de saúde, o conceito de autonomia e de direitos sexuais e reprodutivos, tem recebido uma ênfase com base na escolha individual da mulher não situada social e relacionalmente, sendo imprescindível, portanto, abranger a dimensão da justiça social nesse processo, visando ao atendimento das necessidades reprodutivas de mulheres (BRANDÃO, CABRAL, 2021).

Segundo os autores supracitados, frente aos inúmeros casos de violência contra a mulher, em suas diferentes dimensões, ao sofrimento e adoecimento no ciclo gravídico puerperal, a exposição ao sistema institucional, está a fragilidade da educação sexual e do planejamento reprodutivo às mulheres, independentemente de sua idade, classe social, raça/etnia, número de filhos e situação conjugal. Os autores enfatizam que não se trata apenas de escolhas singulares das mulheres, mas das condições que elas se encontram para tomarem suas decisões reprodutivas. Nesse sentido, afirmam que a abordagem da justiça reprodutiva incorpora a necessidade de garantia de direitos sociais e econômicos concomitantemente aos direitos sexuais e reprodutivos, os quais não são efetivos sem condições estruturais que sustentem a sobrevivência de mulheres e suas famílias.

Outro aspecto importante, mais específico, diz respeito as vulnerabilidades de mulheres para o desenvolvimento de problemas psicológicos na gestação e no puerpério, sendo que

características sociodemográficas, obstétricas e as estratégias de enfrentamento, como o apoio familiar e profissional ou a ausência delas, podem ser facilitadores ou de risco para a saúde mental de gestantes e puérperas (ROCHA, GRISI, 2017; WECHSLER, REIS, RIBEIRO, 2016).

Monteiro et al. (2018) afirmam que há forte indicativo de associação entre sintomas da depressão pós-parto e sofrer violência psicológica/emocional no ciclo gravídico-puerperal. Souza, Rattner e Gubert (2017) também reforçam que há associação entre os vários indicadores de violência obstétrica e a depressão pós-parto.

Lima et al. (2017), em investigação sobre sintomas depressivos na gestação e fatores associados, indicaram uma proporção expressiva de mulheres com sintomas depressivos durante a gravidez, principalmente, aquelas com idade gestacional precoce. Além disso, que sofrer violência psicológica é um fator de risco na gestação. Segundo os autores, os resultados enfatizam a necessidade da ampliação da assistência à saúde mental desde o início da gestação e a importância de estratégias de atendimento à mulher, favorecendo intervenções em tempo oportuno e desfechos materno e neonatais mais favoráveis.

A saúde mental está conexas ao estado emocional, psicológico e ao bem-estar da gestante. Seria oportuno a avaliação da saúde mental de mulheres durante o pré-natal, pois a assistência nesse período é vital para prevenção da depressão pós-parto e promoção do bem-estar mental das mulheres na gestação, parto e puerpério (STEEN, FRANCISCO, 2019).

Devem-se desenvolver estratégias de enfrentamento e formas para lidar com situações de ansiedade e estresse, e também como construir redes de apoio. A assistência continuada à saúde e o apoio de grupos da comunidade podem auxiliar as gestantes e as novas mães no desenvolvimento da confiança para relatarm qualquer problema de saúde mental, aquisição de resiliência e na prevenção do isolamento social. O aumento da consciência do conceito de igualdade de oportunidades e de que a saúde mental requer o mesmo cuidado que a saúde física ajudará as mães a manter-se resilientes e satisfeitas (STEEN, FRANCISCO, 2019, p. 5)

Assim, as gestantes precisam ter acesso a uma assistência pré-natal que englobe todos os aspectos relacionados à sua qualidade de vida, sendo o pré-natal um espaço importante de compartilhamento de informações e pactuação de estratégias. Apesar da elevada cobertura de pré-natal no Brasil (98,7%), os profissionais de saúde ainda precisam assumir uma responsabilidade para além das rotinas de consultas individuais e da assistência biomédica, promovendo a saúde mental e o empoderamento das gestantes, por meio do vínculo fortalecido, do diálogo acolhedor em consultas e/ou trabalhos coletivos, permitindo uma interação afetiva e terapêutica, que suscita a autoestima, a confiança e uma assistência mais integral, humanizada

e livre de violências (OLIVEIRA, ELIAS, OLIVEIRA, 2020; CASTRO, SAVAGE, 2019; SILVA et al., 2019).

Nesse contexto, a educação em saúde é essencial para disseminar mais conhecimentos às gestantes para que sejam protagonistas no processo gravídico/parturitivo e na garantia de seus direitos (OLIVEIRA, MERCES, 2017).

Na literatura científica, há um reduzido quantitativo de publicações voltadas à saúde das gestantes frente ao exercício da sua autonomia (REIS et al., 2017). Estes autores mencionam que as ações assistenciais territoriais e as de educação em saúde, impactam positivamente na autonomia de mulheres grávidas, principalmente quando há a valorização de suas singularidades e subjetividades. Para Almeida-Filho (2004), a subjetividade humana é instituída por meio das representações culturais sobre como as pessoas compreendem o mundo e a vida. Essas representações são criadoras dos significados, expressados nas narrativas individuais.

Segundo Brandão e Cabral (2021), comumente encontra-se barreiras no que diz respeito à autonomia reprodutiva pois há obstáculos estruturais que impedem tais escolhas pela mulher, ou ainda, que perpetuam a desigualdade social, racial e de gênero.

Assim sendo, vislumbra-se o cuidado em saúde como um espaço onde as narrativas de mulheres sejam produzidas e valorizadas, admitindo a abertura para o reconhecimento de suas vulnerabilidades, para além dos riscos clínicos. O modelo de vulnerabilidade reconhece que os processos saúde-doença são determinados socialmente, isto é, são determinados por fatores e processos econômicos, políticos, culturais e sociais que estão representados na forma como uma sociedade se estrutura. Segundo Ayres (2009) é uma possibilidade para novas sínteses teóricas de enfrentamento a teia de causalidade do adoecimento e sofrimento, sempre contemplando os envolvidos.

O foco passaria, então, da identificação dos fatores de risco para os determinantes sociais. As intervenções deixam de incidir somente sobre os comportamentos individuais e agravos já instalados, para alcançar potenciais de desgaste e de fortalecimento da vida das pessoas. Pois a maior parte das patologias, assim como as iniquidades em saúde, ocorrem por condições em que os sujeitos nascem, vivem, trabalham, envelhecem e morrem. O conjunto dessas condições é denominado Determinantes Sociais da Saúde (DSS) (CARVALHO, 2013).

A OMS tem buscado promover uma discussão abrangente sobre estruturas conceituais para ação sobre os DSS, na tentativa de ajudar na formulação de políticas públicas e no combate com mais eficácia das iniquidades em saúde. Os efeitos dos DSS são caracterizados por fatores mediadores, que tendem a se agrupar entre sujeitos que vivem em condições desfavorecidas. Os mecanismos sociais, econômicos e políticos dão origem a estratificação da população de

acordo com renda, educação, ocupação, gênero, raça-etnia, etc., assim, as pessoas vivenciam diferenças na exposição e vulnerabilidades às condições comprometedoras da saúde (SOLAR, IRWIN, 2010).

Alves e Rodrigues (2010), em estudo sobre os principais determinantes sociais e econômicos da saúde mental, enfatizam a importância do conhecimento destes visando contribuir na promoção de estilos de vida mais saudáveis; na minimização de fatores de risco para as perturbações mentais e comportamentais, e na melhoria da saúde mental das populações. Reforçam, ainda, a necessidade do acompanhamento da saúde mental da comunidade, contemplando populações mais vulneráveis, como as crianças, mulheres e idosos.

Assim, esta investigação adotará o Modelo dos DSS da OMS como referencial teórico, incorporando também a noção da vulnerabilidade na compreensão dos fenômenos de saúde. Ao buscar entender o fenômeno proposto, busca-se produzir conhecimentos que contribuam à crítica e ampliação da temática e em seus desdobramentos clínicos para a assistência à saúde mental e reprodutiva no contexto local e em outras realidades semelhantes.

Pressupõe-se que grupos de gestantes como terapêutica integrativa ao pré-natal pode colaborar na redução dos impactos dos DSS que geram resultados negativos na saúde mental e reprodutiva de gestantes. Seria um instrumento psicoprofilático, de baixo custo, que pode ser implementado nos serviços de pré-natal no contexto do interior de Mato Grosso, considerando que muitos municípios possuem uma rede assistemática à saúde mental e reprodutiva.

Diante do exposto, questionam-se: quais os DSS que podem impactar na saúde mental e reprodutiva de gestantes? E quais as repercussões do desenvolvimento de grupos de gestantes na saúde mental e reprodutiva de mulheres grávidas em acompanhamento pré-natal?

A pesquisa foi instigada pela vivência da pesquisadora na área de cuidados à saúde da mulher. Em sua formação acadêmica participou de uma pesquisa de iniciação científica sobre a estrutura organizacional da atenção puerperal na Estratégia Saúde da Família (ESF) e se especializou em Enfermagem Obstétrica, produzindo o trabalho de conclusão da especialização sobre a prevalência do rastreamento por *Streptococcus Agalactiae* e suas implicações clínicas no ciclo gravídico puerperal. Obteve o título de mestre em Enfermagem, pesquisando sobre a gestação e suscetibilidades de mulheres grávidas, com enfoque no cuidado profissional adotado na ESF e nas vivências de mulheres. O estudo foi estimulado, ainda, pelo grupo de Altos Estudos de Vulnerabilidade Social, Saúde Mental e Determinantes Sociais da Saúde da Universidade de São Paulo (USP), no qual a pesquisadora se insere. Nele, os DSS é objeto de vários debates e as produções vêm promovendo a contínua identificação de novas problemáticas de estudo, como a aqui proposta.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar as repercussões de grupos de gestantes na saúde mental e reprodutiva de mulheres grávidas, com base nos Determinantes Sociais da Saúde.

Objetivos Específicos

- Identificar o perfil sociodemográfico das gestantes;
- Identificar quais DSS constituem fatores de vulnerabilidade social das gestantes;
- Avaliar a qualidade de vida das gestantes antes e depois da participação nos grupos;
- Evidenciar quais DSS podem interferir na saúde mental e reprodutiva das gestantes;
- Compreender possíveis repercussões dos grupos na saúde mental e reprodutiva das gestantes.

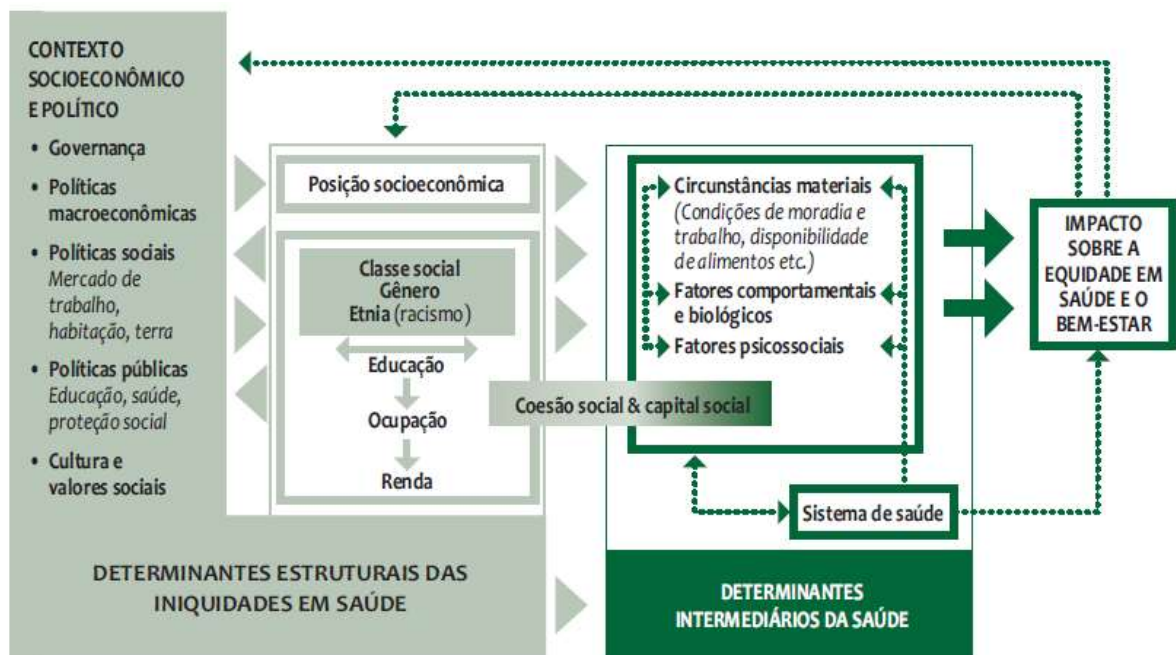
3. REFERENCIAL TEÓRICO

A abordagem do objeto de estudo fundamenta-se na compreensão crítica dos DSS com base no modelo conceitual da OMS e da incorporação da noção de vulnerabilidade como categoria teórica para a interpretação ampliada dos fenômenos da saúde.

Determinantes Sociais da Saúde

Apresenta-se os elementos constitutivos da estrutura conceitual preconizada pela comissão dos DSS da OMS – CDSH (classificados em duas dimensões: determinantes estruturais e intermediários) (Figura 1), em interlocução com os processos que visem combater as iniquidades em saúde com mais eficácia.

Figura 1: Estrutura conceitual preconizada pela comissão dos DSS da OMS.



Fonte: Solar e Irwin (2010).

Na primeira dimensão, a esquerda da estrutura conceitual, são incorporados aspectos do contexto político e socioeconômico, como a governança, políticas macroeconômicas, políticas públicas e sociais, cultura e valores da sociedade, os quais vão definir outros fatores constituintes da estrutura societária: posição socioeconômica, classe social, gênero, raça/cor, escolaridade, ocupação e renda. Esses determinantes estruturais vão impactar nas circunstâncias materiais individuais e coletivas, de como as pessoas vivem e trabalham, nos fatores biológicos, comportamentais e psicossociais, e também no sistema de saúde, os quais são apresentados enquanto determinantes intermediários, a direita de estrutura. Os determinantes são mediados pelo conceito de coesão e capital social, em que há uma organização social solidária e

cooperativa, buscando a equidade em saúde e o bem-estar de pessoas, grupos e populações (SOLAR; IRWIN, 2010).

Na estrutura conceitual apresentada, a comissão da OMS buscou adicionar elementos abordados e não abordados em marcos teóricos anteriores, como o modelo de produção social da doença de Diderichsen, o qual evidencia que os contextos sociais criam estratificação social e atribuem as pessoas a diferentes posições sociais, gerando vulnerabilidades e exposição diferenciada a condições prejudiciais à saúde. Além de incorporar perspectivas como a teorização do poder social para orientar a ação sobre os DSS (SOLAR; IRWIN, 2010).

Considerando que as iniquidades em saúde são provenientes da distribuição desigual de poder e recursos na sociedade, tanto na micro como na macroesfera, compreender os processos causais das iniquidades requer o entendimento de como o poder opera em suas múltiplas dimensões. A comissão apresenta princípios filosóficos e análises políticas do poder (Steven Lukes, Iris Marion Young, Hannah Arendt, entre outros) para orientar as relações entre os DSS e recomendações para intervenções, pois teorizar o impacto do poder social na saúde sugere que o empoderamento de grupos sociais vulneráveis e desfavorecidos, auxiliam na redução das desigualdades em saúde. Compreende-se, assim, que a ação sobre os determinantes sociais das iniquidades em saúde é um processo que abrange uma mudança da distribuição de poder dentro da sociedade em benefício dos grupos desfavorecidos e também a responsabilidade do Estado (SOLAR; IRWIN, 2010).

Tem sido mobilizada uma agenda global para a busca da igualdade na saúde. O movimento considera que melhorar as condições da vida diária das pessoas, ou seja, as circunstâncias em que nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem; enfrentar a distribuição desigual de poder, recursos e dinheiro; além de “enxergar” o problema, aumentando a conscientização pública sobre os DSS, são princípios básicos para alcançar a equidade em saúde. Mudanças ambientais também são necessárias, pois implicam no modo de vida das pessoas, além de um novo modelo de saúde, do ponto de vista da justiça social e de ampliação do atual modelo tradicional de cuidados à saúde humana. Entende-se que é esse um movimento a longo prazo que requer apoio e investimento sustentados, buscando alcançar mudanças reais e sustentáveis na vida das pessoas (CSDH, 2008).

O referencial supracitado apresenta as iniquidades na saúde global, por meio de exemplos de diferentes países e suas populações, além da necessidade de ação frente a elas. A experiência histórica de alguns países indica a importância do compromisso com a saúde como meta social; do bem-estar social para o desenvolvimento; da participação da comunidade nos processos decisórios para a saúde; da cobertura universal de serviços de saúde a todos os grupos

sociais e dos vínculos intersetoriais. Também discute o gradiente social na saúde, o qual afeta as populações tanto nos países ricos quanto nos pobres e que tem relação com nível educacional.

Dentre as causas e soluções das iniquidades, há um incentivo sobretudo por melhores arranjos econômicos e sociais. Os governos podem criar condições para uma saúde boa e equitativa, com apoio externo técnico e financeiro e com incentivo da ação popular. Também é necessária a valorização do desenvolvimento social holístico, bem como o crescimento econômico, incorporando políticas sociais com ênfase na educação e atenção à distribuição de renda. Além do investimento em saúde e seus determinantes e na intersectorialidade como um dos mecanismos para a agenda de enfrentamento das iniquidades (CSDH, 2008).

Quanto aos desafios dos estudos sobre os DSS, Buss e Pellegrini Filho (2007) mencionam o estabelecimento de uma hierarquia de determinações entre os fatores que incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é causa-efeito; e a distinção, em termos conceituais e metodológicos, entre os determinantes de saúde dos indivíduos e os de grupos e populações.

Segundo os mesmos autores, os enfoques dos estudos podem privilegiar aspectos físico-materiais e fatores psicossociais no processo saúde-doença, compreendendo as percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situação de saúde. Assim sendo, o estudo sobre as relações entre determinantes sociais e saúde promove um melhor conhecimento de como as intervenções devem ser feitas, buscando minimizar as iniquidades de saúde.

Saber epidemiológico e a adoção da noção de vulnerabilidade no cuidado à gestante

Historicamente, as práticas em saúde fundamentaram-se na perspectiva de risco, proveniente do discurso científico da epidemiologia clássica ou também denominada de epidemiologia dos riscos. No contraponto, surgiu a epidemiologia crítica, a qual incorporou o modelo da determinação social das doenças. Apesar de ser um modelo alternativo ao dos DSS da OMS, a compreensão dele permitiu a discussão da ampliação do paradigma funcionalista, entendendo o trabalho em saúde enquanto prática social, que tem articulação macroestrutural com políticas públicas sociais e de saúde.

De acordo com Porto (2007), todo agravo em saúde, envolvendo vulnerabilidades e riscos, concretiza-se em um dado tempo, atingindo populações e territórios específicos. O momento histórico e as singularidades desses encontros fazem com que cada caso seja diferente do outro. Nesse sentido, é importante considerar e articular três dimensões essenciais que constituem qualquer fenômeno de saúde: o “lugar” ou território onde vulnerabilidades e riscos

são produzidos e atuam; as “pessoas”, representados por indivíduos, grupos populacionais, organizações e comunidades envolvidas no processo; e o “tempo”, compreendido seja enquanto tempo histórico que configura tais populações e territórios, seja como tempo físico dos ciclos geração-exposição-efeitos, incluindo o tempo futuro para os casos das gerações futuras.

O gerenciamento de vulnerabilidades e riscos, segundo o mesmo autor, busca integrar essas dimensões para embasar a tomada de decisões quanto às melhores opções de ação voltadas à prevenção e controle de agravos, bem como às de promoção à saúde. Contudo, muitas ações fracassam pelo não reconhecimento das dissonâncias existentes no diálogo entre os vários grupos e/ou indivíduos envolvidos, em particular os que avaliam e os que sofrem os efeitos das vulnerabilidades e riscos. Portanto, não basta apenas que uma vulnerabilidade e um risco sejam percebidos e priorizados, grupos e/ou indivíduos deveriam participar de decisões que os afetam.

Na área da saúde, o conceito de vulnerabilidade tem sido utilizado especialmente a partir da pandemia mundial do HIV/AIDS, após a década de 1980. O risco de infecção pelo HIV esteve, muitas vezes, mais relacionado a questões sociais do que a questões individuais, sendo preciso entender as razões que levam pessoas e grupos a estarem em situação mais vulnerável à infecção. É nesse contexto que surge, então, o conceito de vulnerabilidade no campo da saúde, o qual considera diversos aspectos relacionados ao adoecimento, resultante de um conjunto de fatores não apenas individuais, mas também coletivos que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento (SOUZA; MIRANDA; FRANCO, 2011).

Alguns estudiosos classificam as vulnerabilidades sugerindo dimensões e aspectos a serem trabalhados na área da saúde. Ayres (2009, p. 16) sumariza que os estudos de vulnerabilidade:

[...] buscam compreender como indivíduos e grupos de indivíduos se expõem a dado agravo à saúde a partir de totalidades conformadas por sínteses pragmaticamente construídas com base em três dimensões analíticas: aspectos individualizáveis (biológicos, comportamentais, afetivos), que implicam exposição e suscetibilidade ao agravo em questão; características próprias a contextos e relações socialmente configurados, que sobredeterminam aqueles aspectos e, particularizado a partir destes últimos, o modo e o sentido em que as tecnologias já operantes nestes contextos (políticas, programas, serviços, ações) interferem sobre a situação – chamadas, respectivamente, de dimensão individual, social e programática.

No cuidado à gestante, a ampliação da abordagem de detecção e controle de riscos no pré-natal encontra sustentação na noção de vulnerabilidade, cada vez mais adotada no campo teórico e na prática assistencial em saúde.

Adotar a noção de vulnerabilidade no contexto da gestação, em específico, permite melhor identificar suscetibilidades e potencialidades que podem, respectivamente, comprometer ou propiciar a saúde da mulher e de seu filho, e reconhecer e aplicar estratégias tanto de prevenção de agravos como de promoção da saúde dos envolvidos. Assim, o pré-natal deve incorporar essa ferramenta teórica, desdobrada em práticas, indo além da apreciação e do controle de riscos, reconhecendo e atuando sobre condições geradoras de vulnerabilidades e de potenciais de diferentes ordens, o mais próximo possível das pessoas e seus contextos, num diálogo com o modo como eles são significados por aquelas.

Com base na formulação teórica de Ayres et al. (2003), Mandú, Santos e Corrêa (2006) classificam possíveis situações geradoras de vulnerabilidades em saúde reprodutiva, tendo em vista ações em espaços extra serviços de saúde e em seu âmbito, via atenção individual e coletiva. Essas estudiosas propuseram a investigação de pressões econômico-sociais, culturais, do/no trabalho; pressões relacionais (comunitárias, grupais e familiares); barreiras nos serviços sociais e de saúde; e aspectos comportamentais, intersubjetivos e biológicos expressos individualmente. As autoras salientam que influem na maior ou menor vulnerabilidade das pessoas e dos grupos tanto os diferenciais de acesso a recursos materiais e imateriais sociais como a disponibilidade/indisponibilidade de recursos coletivos e individuais que possuem para lidar com as oportunidades e barreiras sociais.

A abordagem de vulnerabilidades da mulher grávida possibilita, então, reconhecer o que concorre para possíveis fragilidades na sua vida e saúde, e na de seu filho, que podem produzir ou ampliar problemas, danos, deficiências, morte, sofrimentos, limitação nas escolhas e ações, dentre outras consequências, complementada pela identificação de possibilidades que aquela tem de se proteger e de se desenvolver.

Apenas identificar o que pode comprometer a vida e a saúde da mulher e de seu concepto não é suficiente em tal abordagem. É preciso reconhecer quem é vulnerável, e em que nível. A suscetibilidade só se revela por meio de certos elementos dela definidores, na correlação entre condições-exposição-potenciais de enfrentamento. A sua apreensão requer acessar e entender como a mulher organiza suas experiências de vida, reprodução e saúde no âmbito dos contextos social, familiar/comunitário, do setor e das instituições de saúde, assim como acessar elementos que vivencia no contexto da gravidez de risco, o que é complexo. Por sua vez, o enfrentamento das vulnerabilidades engloba satisfazer necessidades, propiciar contextos favoráveis e potencializar condições e capacidades das quais as mulheres dispõem.

No pré-natal, assim, deve-se abordar as vulnerabilidades manifestas no plano singular da mulher gestante em sua articulação com o contexto social, comunitário e familiar,

considerando as barreiras enfrentadas por ela para acessar redes de apoio e serviços e recursos sociais e de saúde que possam suprir suas necessidades. De igual modo, é preciso considerar o grau de autonomia ou heteronomia que a mulher possui frente à sua situação reprodutiva e o que nele interfere, bem como a sua capacidade de produzir e incorporar novas possibilidades.

Portanto, a abordagem de vulnerabilidade é uma estratégia de ampliação da histórica prática clínica de pré-natal, tradicionalmente comandada pela finalidade de controle de riscos, que valoriza como mulheres com uma gestação em curso ou que a planejam, assim como suas famílias, colocam-se frente a vivências, dificuldades e potencialidades.

Matriz heurística

Foi feita a construção de uma matriz heurística em intersecção ao referencial teórico adotado, a qual visa uma aproximação progressiva de determinada temática por meio da síntese dos elementos mais importantes a ela relacionados, apresentada no Quadro 1.

Quadro 1 – Riscos e vulnerabilidades a serem avaliados na assistência à saúde de gestantes

CONTEXTO SOCIAL	CONTEXTO GESTACIONAL	CONTEXTO INDIVIDUAL
<p>Recursos sociais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades de acesso à alimentação, educação básica/educação profissional, ao emprego/trabalho e a outros bens sociais - Escassez ou ausência de oferta de serviços sociais (creches, centro comunitário, centro de assistência jurídica, etc.) - Condições físico-ambientais impróprias (saneamento, agentes nocivos à saúde, etc.) <p>Barreiras sociais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Padrões familiares/ comunitários rígidos e preconceituosos de moralidade e religiosidade frente à gestação - Violência urbana e situações geradoras de stress <p>Falta de apoio e/ou abandono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comunitário - Profissional - Familiar e/ou do companheiro 	<p>Exposição indevida ou acidental:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fatores teratogênicos - Práticas nocivas à saúde <p>Doença/complicação obstétrica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desvio quanto ao crescimento uterino - Número de fetos e volume de líquido amniótico - Ganho ponderal inadequado - Pré-eclâmpsia e eclâmpsia - Diabetes gestacional - Amniorrexe prematura - Hemorragias da gestação - Insuficiência istmo-cervical - Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada - Aloimunização - Óbito fetal - Outras <p>Intercorrências clínicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Doenças infectocontagiosas (infecções no trato urinário, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose, etc.) - Doenças clínicas diagnosticadas 	<p>Características sociodemográficas individuais desfavoráveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Idade maior que 35 anos - Idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos - Altura menor que 1,45m - Peso pré-gestacional menor que 45 kg e maior que 75 kg (IMC<19 e IMC>30) - Baixa escolaridade - Baixa renda - Desemprego - Exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos - Exposição a riscos ocupacionais (esforço físico, carga horária exaustiva, estresse) - Dependência de drogas lícitas ou ilícitas - Uso de fumo e álcool <p>História sexual desfavorável:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Práticas sexuais de risco (grande número de parceiros; troca de favores sexuais por algum tipo de benefício; não uso de preservativos; iniciação sexual precoce)

Padrão alimentar desfavorável:

- Pouca disponibilidade/variedade alimentar
- Hábitos alimentares não saudáveis/ consumo exagerado de produtos artificiais

Violência contra a gestante:

- Física
- Psicoemocional
- Sexual

Dificuldade de aceitação da gestação:

- Incerteza
- Temor/medo diante do vivenciado (gestação, parto, nascimento, mudanças corporais, etc.)
- Desejo intenso de retomar a vida anterior
- Imagens corporais idealizadas e não aceitação corporal
- Sofrimentos psicoemocionais

Despreparo para agir frente à reprodução:

- Dúvidas/desconhecimentos sobre a reprodução/manejo da gestação e maternidade
- Falta de informação sobre os serviços
- Desconhecimento do funcionamento do corpo
- Desconhecimento de riscos, vulnerabilidades e de medidas de autoproteção
- Dificuldade em mudar comportamentos e valores culturais
- Dificuldades no autocuidado
- Percepções restritas frente necessidades e problemas vividos

História reprodutiva anterior desfavorável:

- Abortamento habitual
- Morte perinatal explicada e inexplicada
- História de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado
- Parto pré-termo anterior
- Esterilidade/ infertilidade
- Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos
- Nuliparidade e grande multiparidade
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva
- Diabetes gestacional
- Cirurgias uterinas anteriores (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores).
- Experiência negativa com a maternidade

Condições clínicas desfavoráveis preexistentes:

- Hipertensão arterial
- Cardiopatias
- Pneumopatias
- Nefropatias
- Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias)
- Desnutrição
- Hemopatias
- Doenças mentais que necessitam de controle
- Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local)
- Doenças autoimunes
- Ginecopatias
- Neoplasias
- HIV-AIDS
- Anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos

CONTEXTO FAMILIAR	CONTEXTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
<p>Aspectos familiares:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desestrutura familiar - Distanciamento nos vínculos familiares - Conflitos familiares - Violência familiar - Pressões familiares - Renda familiar baixa - Situação conjugal insegura - Dependência econômica do parceiro e/ou da família - Pressões de gênero <p>Histórico familiar clínico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Câncer, Diabetes, Hipertensão Arterial - Cardiopatias - Doenças infecciosas não resolvidas - Transtornos mentais 	<p>Aspectos dos serviços de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades de acesso aos serviços de saúde - Falta de acolhimento da gestante/família - Inter-relações enfraquecidas nos serviços de saúde - Baixa qualidade no atendimento pré-natal - Ausência de ações educativas empoderadoras e de promoção da saúde - Perspectiva controladora do serviço frente planejamento familiar/gestacional - Fragilidade nos serviços de saúde para inserir o companheiro e família no processo gestacional.

Fonte: Próprio autor, com base na literatura científica, 2023.

A matriz proposta traduz alguns riscos e vulnerabilidades a serem considerados na assistência à saúde de gestantes, a partir dos contextos: social, gestacional, individual, familiar e dos serviços de saúde. Para essa investigação a mesma poderá auxiliar na interpretação dos resultados e ser produto futuro enquanto constructo para o cuidado à saúde de gestantes.

4. MATERIAL E MÉTODO

Tipo e abordagem de estudo

Trata-se de uma pesquisa de métodos mistos, do tipo sequencial explanatória, a qual ocorre em dois momentos interativos distintos: coleta e análise de dados quantitativos, seguida pela subsequente coleta e análise de dados qualitativos, interpretando os resultados com maior profundidade. Destaca-se a importância de cada abordagem para a instrumentação do objeto de maneira complementar, permitindo a visualização do objeto de estudo sob diferentes prismas (CRESWELL; CLARK, 2011).

Cenário e local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida em unidades da ESF do município de Barra do Bugres, localizado no interior do estado do Mato Grosso (MT) a 170 Km da capital Matogrossense, o qual possui uma população aproximada de 32 mil habitantes, conforme o censo demográfico de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A escolha do mesmo se deu pela fragilidade dos serviços de saúde disponíveis de atenção à saúde mental e reprodutiva, fato que poder ampliar as vulnerabilidades em saúde de gestantes.

Foi feita uma contextualização da atenção à saúde reprodutiva e mental na rede pública de saúde do município (identificação dos serviços de saúde públicos disponíveis de atenção à saúde mental e reprodutiva, e seus respectivos fluxos de atendimento) e das ESF participantes (recursos humanos disponíveis; descrição dos dias e horários semanais de atendimento e da oferta das ações em saúde reprodutiva).

O município supracitado possui serviços de saúde vinculados a rede de atenção primária, secundária e terciária em saúde. No total, há sete Unidades Básicas de Saúde (UBS) (entre urbanas e rurais), algumas constituídas como ESF, além de outros postos de saúde que atendem distritos regionais mais afastados e aldeias indígenas.

Possui um Centro Integrado de Saúde, o qual oferece ações da rede de atenção básica em saúde (incluindo à atenção à saúde reprodutiva, como consultas de pré-natal), além de serviços de diagnóstico por imagem (como a ultrassom), de atenção cardiovascular e de reabilitação fonoaudióloga. As mulheres com gestação classificada como de alto risco gravídico, são referenciadas pelas unidades básicas e acompanhadas nesse local. O funcionamento do centro integrado se dá de segunda a sexta-feira, das 07:00 às 11:00 e das 13:00 às 17:00.

O município possui também um hospital municipal, com atendimento 24 horas de urgências e emergências, oferecendo internações adultas e pediátricas, cirurgias, atendimento

obstétrico (onde se realiza os partos – vaginais e cesáreos), além de outros serviços e procedimentos, como o laboratório municipal em anexo a estrutura hospitalar.

Nas ESF, a assistência pré-natal prestada pela equipe de saúde consiste em consulta médica e de enfermagem na própria unidade (a primeira consulta de pré-natal é realizada pelo profissional enfermeiro, e as subsequentes são intercaladas com o médico), antecedidas pela pré-consulta (triagem), além de atividades territoriais de visita domiciliar e busca ativa de gestantes pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). Também há atividades assistemáticas, como a visita domiciliar médica e de enfermagem às gestantes, o atendimento e acompanhamento odontológico e as ações de educação e promoção da saúde reprodutiva. O funcionamento das ESF se dá de segunda a sexta-feira, das 07:00 às 11:00 e das 13:00 às 17:00.

A composição das equipes de saúde das unidades participantes nesse estudo, em síntese, é similar, existindo certa variação em relação ao número de profissionais da equipe de enfermagem e dos ACS (devido ao maior ou menor número da população e das microáreas abrangidas territorialmente por cada unidade) e quanto ao profissional cirurgião-dentista integrado à equipe de duas unidades de saúde.

- ESF João Oenning: a equipe de saúde é composta por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, três ACS e um cirurgião-dentista.
- ESF Maria Benedita do Santos: a equipe de saúde é composta por um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, três ACS e uma cirurgiã-dentista.
- ESF Maria Luiza: a equipe de saúde é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, duas auxiliares de enfermagem e uma ACS.
- ESF Primavera: a equipe de saúde é composta por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem e quatro ACS.
- ESF Sérgio Pereira de Arruda: a equipe de saúde é composta por um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, duas auxiliares de enfermagem e cinco ACS.

Apesar da existência de infraestrutura física e de recursos humanos mencionados para a assistência à saúde reprodutiva, é necessário apontar que há uma possível fragilidade no contexto dessa investigação de capacitação profissional para o atendimento das necessidades de cuidado de mulheres no ciclo gravídico puerperal, de forma singular, humanizada e equitativa. Além disso, infere-se que a assistência prestada é assistemática no que diz respeito, sobretudo, ao momento parturitivo e procedimentos obstétricos relacionados.

Em relação a saúde mental, o único serviço que o município possui direcionado a atenção especializada é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I). O CAPS I, segundo recomendações ministeriais, é direcionado para o atendimento de pessoas em todas as faixas etárias que manifestem “sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida” (BRASIL, 2015, p. 17).

O CAPS funciona de segunda a sexta-feira, das 07:00 às 11:00 e das 13:00 às 17:00. A equipe de saúde é composta por uma enfermeira, uma médica, uma assistente social, uma psicóloga e um técnico de enfermagem. O acolhimento se dá por demanda espontânea e pelo encaminhamento por profissionais de outras unidades de saúde do município, como as ESF. As ações realizadas pela equipe abrangem, sobretudo, consultas individuais, visitas domiciliares, além de estratégias coletivas, como as oficinas terapêuticas e a educação em saúde. As urgências psiquiátricas são encaminhadas para um hospital estadual, na capital do estado.

Participantes do estudo e critérios de inclusão/exclusão

Foi incluída a totalidade de mulheres em acompanhamento pré-natal nas ESF urbanas que compareceram à consulta durante o período da coleta de dados, independentemente da idade gestacional e com idade igual ou superior a 18 anos. Seriam excluídas, inicialmente, aquelas que não possuíssem condições físicas/biológicas para a participação nos grupos de gestantes, por exemplo, aquelas que estivessem hospitalizadas (o que não ocorreu).

Instrumentos de coleta de dados

Utilizou-se três instrumentos, um com questões que abordam os DSS, caracterizando as condições sociodemográficas das participantes; outro sendo um questionário de percepção de qualidade de vida; e um roteiro norteador para a entrevista aberta qualitativa. Quanto ao primeiro foi aplicado um modelo adaptado por Souza e Fiorati (2017), já avaliado por pesquisadores com expertise na produção e validação de instrumentos de construtos subjetivos (Apêndice A).

As variáveis investigadas ligadas as características sociodemográficas foram: naturalidade, profissão/ocupação, raça/cor, estado civil, grau de instrução pessoal, mercado de trabalho (situação de trabalho, renda individual, horas diárias trabalhadas), domicílio (condição de ocupação, situação da moradia e recursos disponíveis), família (renda familiar e quantitativo

de membros da família), redes de inserção social, vizinhança e comunidade (estrutura física do bairro em que a gestante vive, geração de renda, despesas financeiras, organização familiar e redes de inserção), sistema de proteção social (acesso aos mecanismos de proteção social – públicos e privados e políticas sociais – serviços e benefícios sociais, redes sociais de apoio).

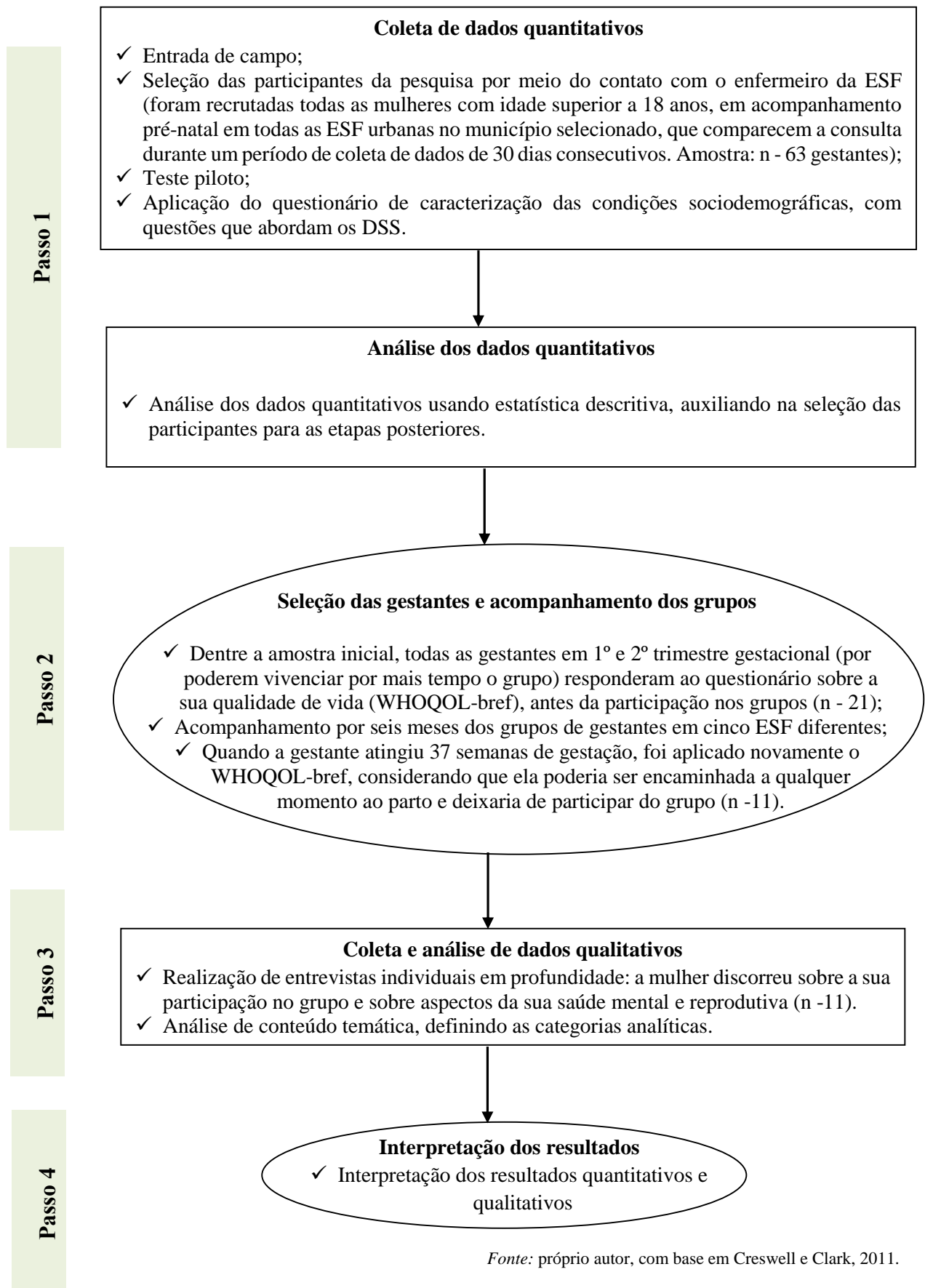
Quanto ao instrumento de percepção de qualidade de vida (Apêndice B), foi utilizado o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref), elaborado pela OMS para aferir medidas de qualidade de vida, o qual se estrutura em 26 questões, sendo a pergunta número 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral e as demais representativas de quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida) (FLECK, 2000; FLECK et al., 2000).

Domínios e facetas do WHOQOL-bref: Domínio I - *físico* (dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação/tratamentos; capacidade de trabalho); Domínio II - *psicológico* (sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais); Domínio III - *relações sociais* (relações pessoais; suporte/apoio social; atividade sexual; Domínio IV - *meio ambiente* (segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em, e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico: poluição/ruído/trânsito/clima; transporte.

A aplicação deste instrumento permite avaliar a prática clínica individual e a efetividade de tratamentos e do funcionamento de serviços de saúde, além de ser importante guia para elaboração de políticas de saúde (FLECK, 2000).

O roteiro para as entrevistas qualitativas (Apêndice C) foi composto por perguntas norteadoras, nas quais a mulher discorreu livremente, conforme recomendado por Minayo (2014), sobre a sua participação no grupo de gestantes e aspectos da sua saúde mental e reprodutiva. Buscou-se explorar, por exemplo: percepções e experiências da gestante individuais e coletivas frente as ações realizadas; vulnerabilidades e conhecimentos da gestante sobre a reprodução/manejo da gestação e maternidade, autonomia reprodutiva, medidas de autoproteção, potencial de autocuidado e em mudar comportamentos de riscos, saúde corporal; incertezas, temor/medo diante da gestação, do parto, nascimento, das mudanças corporais/ não aceitação corporal, sofrimentos psicoemocionais, interações afetivas e terapêuticas, redes de apoio, etc.

Coleta de dados: Apresenta-se o fluxograma dos procedimentos básicos da investigação, com conseguinte descrição.



Passo 1: Realizou-se a entrada no campo, objetivando estabelecer relações favoráveis à pesquisa e levantamento de dados para contextualização do estudo. Foi feito um agendamento prévio e contato presencial com os profissionais de saúde responsáveis pelas unidades definidas como cenário do estudo. Essa estratégia buscou a aproximação com o campo, a apresentação da pesquisa e da pesquisadora e a observação da dinâmica de trabalho, bem como o início de uma rede de relações com a equipe a fim de favorecer o trabalho em campo. Foram recrutadas todas as mulheres com idade igual/superior a 18 anos, em acompanhamento pré-natal em todas as ESF urbanas no município selecionado, que compareceram a consulta durante um período de coleta de dados de 30 dias consecutivos (23 de fevereiro a 24 de março de 2021). Considerou-se o período de 30 dias em consonância com a rotina assistencial de pré-natal, já que a mulher teria que comparecer pelo menos uma vez à ESF para consulta pré-natal (é preconizado no 1º trimestre gestacional uma consulta de pré-natal por mês, aumentando essa periodicidade conforme a evolução da idade gestacional). Dessa forma, garantiria a capilaridade de mulheres participantes. Totalizou-se uma amostra de 63 gestantes. Após a seleção/recrutamento das participantes foram realizados testes pilotos dos instrumentos quantitativos e posterior aplicação do questionário de caracterização das condições sociodemográficas, o qual foi preenchido pela mulher participante na própria unidade, no dia da sua consulta pré-natal. Os dados emergidos deste instrumento auxiliou na seleção de gestantes para as etapas seguintes.

Passo 2: Diante a amostra inicial de participantes, foram selecionadas todas as gestantes que estavam no 1º e 2º trimestre gestacional, totalizando 21 mulheres. A escolha desse critério se deu pela possibilidade de maior vivência das gestantes no grupo, se comparado com aquelas que já estavam no 3º trimestre gestacional. Antes da participação delas no grupo, foi aplicado o questionário de percepção da gestante sobre a sua qualidade de vida (WHOQOL-bref), de forma individual (linha de base). Consequente, foram acompanhados cinco grupos de gestantes (um em cada ESF), nos quais todas as mulheres em acompanhamento pré-natal na unidade (participantes e não participantes dessa etapa) tiveram acesso a atividades multiprofissionais: educação em saúde, meditação, exercícios de alongamento, relaxamento, fortalecimento de músculos pélvicos, preparo da musculatura abdominal e do assoalho pélvico, entre outras. Os encontros aconteceram uma vez por semana em cada ESF (conforme a rotina pré-natal de cada unidade, em dias diferentes). O acompanhamento dos grupos teve duração de seis meses (25 de março a 24 de setembro de 2021). Quando cada gestante atingiu minimamente 37 semanas de gestação, foi aplicado novamente o questionário de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-bref) (follow-up), e realizada a entrevista qualitativa (passo 3), considerando que ela poderia

ser encaminhada a qualquer momento ao parto e deixaria o grupo. Para a segunda aplicação do questionário, com consecutiva entrevista qualitativa, participaram 11 gestantes, pois da amostra inicial de 21 mulheres, seis mudaram de cidade e/ou estado, duas deixaram de frequentar o pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS) (mantiveram apenas o acompanhamento na rede privada) e duas tiveram suas gestações classificadas como de alto risco, sendo encaminhadas para o Centro Integrado do município, deixando de participar das consultas da ESF.

Passo 3: Foi incluída a totalidade de mulheres do estudo que permaneceram participando dos grupos até a 37^a semana de gestação (11 gestantes). Cada mulher discorreu sobre a sua participação no grupo e sobre aspectos da sua saúde mental e reprodutiva (etapa qualitativa). A coleta de dados qualitativos foi realizada por meio de entrevistas abertas, após um teste piloto inicial, de forma individual, em local reservado na própria ESF, em um tempo máximo de 1 hora por contato. Foram gravadas com um gravador de áudio, autorizadas pelas mulheres e posteriormente transcritas na íntegra.

Ressalta-se que diante a pandemia da Covid-19 no período de coleta de dados, todos os cuidados foram estabelecidos para evitar o contágio durante a coleta, como por exemplo, o contato com as participantes aconteceu no mesmo dia da consulta de pré-natal da gestante na ESF, evitando a saída da sua casa em outros momentos, minimizando a exposição. Além disso, foi solicitada a permanência do uso de máscaras e a higienização das mãos com álcool em gel. Nos grupos foi respeitado o distanciamento entre cada gestante.

Passo 4: Trata-se da interpretação e explanação dos resultados quantitativos e qualitativos, a partir da análise de dados, descrita a seguir.

Análise dos dados

Os dados do questionário sociodemográfico foram duplamente digitados em planilhas e submetidos à análise estatística descritiva por meio do *software* IBM® SPSS® Statistics versão 25, sendo calculadas as frequências absolutas e relativas para as variáveis, dispostas em tabelas.

Os dados do questionário de percepção de qualidade de vida (WHOQOL-bref) também foram submetidos a mesma análise supracitada, de forma separada. Sintaxe para o cálculo dos escores do WHOQOL-bref: 1) verificou-se se todas as 26 questões foram preenchidas com respostas entre 1 e 5 (procedimento confirmado); 2) converteu-se questões invertidas, pois alguns itens são formulados de forma negativa e devem ser invertidos (questões 3, 4 e 26), já que resultados mais elevados caracterizam uma melhor qualidade de vida; 3) calculou-se os

escores dos domínios - transformando os escores para uma escala de 0 a 100; 4) seriam excluídos os questionário de gestantes cujo número de itens não respondidos excedessem 20% do total de itens (no caso dessa investigação, a exclusão não ocorreu, pois as gestantes foram orientadas a responder todas as questões) (WHOQOL GROUP, 1998). Os escores entre 1,0 a 2,9 classificam uma qualidade de vida que necessita melhorar, 3,0 a 3,9 uma qualidade vida regular, 4,0 a 4,9 como boa e 5,0 muito boa. Para análise também utilizou-se o *Wilcoxon* Teste, considerando as medidas repetidas na linha de base no follow-up (alfa = 0,05).

E os dados da entrevista aberta foram organizados por meio do *software* Atlas.Ti versão 22 e submetidos (com direcionamento e condução da pesquisadora) à análise de conteúdo temática, proposta por Bardin (2011), nas etapas de: pré-análise do material, codificação do material, tratamento e interpretação dos resultados.

1) Pré-análise: envolve a organização do material (transcrição das entrevistas gravadas, organização dos registros dos dados observados, seleção do que será analisado e organização dos conjuntos específicos de análise); a retomada do objeto, dos objetivos, pressupostos/hipóteses e fundamentos do estudo; e a leitura compreensiva inicial dos textos em sua totalidade, determinando-se as unidades de registro e contexto, definindo-se os recortes, a maneira de categorização e a modalidade de codificação;

2) Codificação do material: esta fase visa a alcançar a compreensão dos textos, por meio de uma leitura aprofundada do material, intencionando-se a classificação ou a agregação dos dados e a sua transformação em núcleos de compreensão do texto por afinidade de temas/assuntos, determinando a categorização dos dados.

3) Tratamento e interpretação dos resultados: aprofundamento das categorias mediante a articulação dos dados empíricos com o material teórico, contemplando os objetivos da pesquisa, os temas surgidos empiricamente e os pressupostos teóricos.

Aspectos éticos

A proposta respeita as normas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, sob parecer nº 4.539.175 (Anexo A). Foi solicitado às mulheres o consentimento para participação no estudo, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D). Os depoimentos das gestantes nessa investigação foram sinalizados por códigos, ou seja, G (gestante) seguido do número da ordem das entrevistas (1,2,3, etc.), mantendo o anonimato das participantes e a confidencialidade das informações.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados em dois conjuntos analíticos, o primeiro proveniente dos dados quantitativos (fase 1 da coleta de dados) e o segundo dos qualitativos (fase 2). No primeiro conjunto é contemplada a caracterização sociodemográfica das participantes, e a partir desta, a identificação dos DSS que constituem fatores de vulnerabilidade social de mulheres gestantes no contexto dessa investigação. Contempla, também, a percepção das mulheres sobre a sua qualidade de vida, avaliadas antes e depois da participação delas nos grupos de gestantes, nas unidades da ESF.

O segundo conjunto é organizado em eixos temáticos provenientes do material empírico, incorporando a análise dos DSS que podem interferir na saúde mental e reprodutiva das gestantes, manifestos no plano individual, em articulação com o contexto social, comunitário e familiar, bem como as repercussões dos grupos na saúde mental e reprodutiva das participantes, explorando as suas percepções e experiências individuais e coletivas.

Segundo o referencial metodológico adotado de Creswell e Clark (2011, p. 2018), essa disposição para a apresentação dos resultados se faz necessária em uma investigação de métodos mistos – explanatório (análise sequencial), ou seja, primeiro apresenta-se e interpreta-se os resultados quantitativos (da fase 1), conseguinte os qualitativos (da fase 2) com uma interpretação final contemplando a vinculação dos aspectos qualitativos aos resultados quantitativos.

5.1 Conjunto analítico proveniente dos dados quantitativos

Inicialmente são apresentados os resultados e análises derivados do questionário sociodemográfico (apêndice A), intitulados em: Caracterização sociodemográfica de gestantes e DSS que constituem fatores de vulnerabilidade social. Em seguida, os dados do instrumento WHOQOL-bref (apêndice B): Qualidade de vida de gestantes antes e depois da intervenção grupal na ESF.

Caracterização sociodemográfica de gestantes e DSS que constituem fatores de vulnerabilidade social

Para a etapa de caracterização sociodemográfica participaram 63 mulheres gestantes, sendo a maioria de faixa etária entre 18 a 24 anos, casadas, pardas, multíparas, do lar, sem emprego formal e sem renda própria. A idade mínima das participantes foi de 18 anos e a máxima de 38 anos. A maior parte delas possuía escolaridade equivalente ao ensino médio

completo. A renda familiar mensal mais prevalente foi de um salário até dois salários mínimos e a composição familiar com três pessoas (Tabela 1 e 2).

Tabela 1 – Caracterização das gestantes participantes da pesquisa (n=63), segundo faixa etária, estado civil, escolaridade, raça/cor autodeclarada, situação ocupacional e cidade de origem. Barra do Bugres, Mato Grosso, 2021

Variáveis	n	%
Faixa etária (anos)		
18 – 24	35	55,5
25 – 35	25	39,7
> 35	03	4,8
Estado civil		
Casada	34	54,0
União Estável	13	20,7
Solteira	12	19,0
Divorciada/separada	04	6,3
Escolaridade		
Alfabetização incompleta	02	3,2
Alfabetização completa	03	4,8
Ensino fundamental (duração de 9 anos) incompleto	12	19,0
Ensino fundamental (duração de 9 anos) completo	05	7,9
Ensino médio (duração de 3 anos) incompleto	08	12,7
Ensino médio (duração de 3 anos) completo	13	20,7
Ensino superior incompleto	12	19,0
Ensino superior completo	08	12,7
Raça/cor autodeclarada		
Parda	48	76,2
Branca	07	11,1
Preta	05	7,9
Amarela	02	3,2
Indígena	01	1,6
Situação ocupacional		
Desempregada	41	65,0
Empregada assalariada com carteira de trabalho	10	15,9
Autônoma	09	14,3
Funcionária Pública	03	4,8
Cidade de Origem		
Barra do Bugres, Mato Grosso	33	52,3
Outras cidades, Mato Grosso	17	27,0
Outras cidades nos demais estados brasileiros	13	20,7

Fonte: Próprio autor – dados da pesquisa

Tabela 2 – Caracterização das gestantes (n=63), segundo inserção no mercado de trabalho, renda e composição familiar. Barra do Bugres, Mato Grosso, 2021

Variáveis	n	%
Profissão/Ocupação		
Do lar	31	49,2
Estudante	14	22,2
Auxiliar administrativa	05	7,9
Atendente comercial	04	6,3
Operadora de caixa	03	4,8
Empregada doméstica	02	3,2
Cabeleireira e/ou manicure	02	3,2
Psicóloga	01	1,6
Pizzaiola	01	1,6
Renda individual*		
Sem renda própria	41	65,0
Até ½ salário mínimo (R\$ 522,50)	03	4,8
Mais de ½ salário até 1 salário (R\$522,50 a R\$1.045)	08	12,7
De 1 salário até 2 salários (R\$ 1.045 a R\$ 2.090)	08	12,7
De 2 salários até 3 salários (R\$ 2.090 a R\$ 3.135)	01	1,6
De 3 salários até 5 salários (R\$ 3.145 a R\$ 5.225)	01	1,6
Acima de 5 salários (R\$ 5.225 ou mais)	01	1,6
Horas de trabalho		
4 horas por dia	01	1,6
6 horas por dia	04	6,3
8 horas por dia	12	19,1
Mais de 8 horas por dia	03	4,8
Trabalha só de vez em quando	02	3,2
Não trabalha	41	65,0
Renda familiar*		
Até ½ salário mínimo (R\$ 522,50)	03	4,8
Mais de ½ salário até 1 salário (R\$522,50 a R\$1.045)	14	22,2
De 1 salário até 2 salários (R\$ 1.045 a R\$ 2.090)	19	30,1
De 2 salários até 3 salários (R\$ 2.090 a R\$ 3.135)	14	22,2
De 3 salários até 5 salários (R\$ 3.145 a R\$ 5.225)	08	12,7
Acima de 5 salários (R\$ 5.225 ou mais)	02	3,2
Não sabe informar	03	4,8
Número de pessoas na família		
Duas pessoas	16	25,4
Três pessoas	24	38,1
Quatro pessoas	09	14,3
Cinco pessoas	07	11,1
Seis pessoas	07	11,1

* Valor do salário mínimo equivalente ao ano de 2021 (período de coleta de dados).

Fonte: Próprio autor – dados da pesquisa

Majoritariamente as participantes residem em moradia alugada, possuindo rede de energia elétrica, geladeira, fogão e celular nas residências de todas as gestantes, e o telefone fixo foi o recurso menos encontrado. As mulheres mencionaram os serviços de saúde como uma das

principais infraestruturas dos bairros onde vivem, a tranquilidade do bairro como um dos aspectos mais positivos e a falta de lazer e cultura com negativo, sendo este o que mais precisa melhorar, na perspectiva delas (Tabela 3 e 4).

Tabela 3 – Caracterização das gestantes (n=63), segundo condição de moradia e recursos disponíveis. Barra do Bugres, Mato Grosso, 2021

Variáveis	n	%
Condição de moradia		
Alugada	30	47,6
Própria	26	41,3
Cedida	07	11,1
Recursos disponíveis*		
Rede de energia elétrica	63	100,0
Geladeira	63	100,0
Fogão	63	100,0
Celular	63	100,0
Água canalizada	62	98,4
Televisão	59	93,7
Coleta de lixo	58	92,1
Máquina de lavar roupa	55	87,3
Acesso à internet	55	87,3
Rede de esgoto	43	68,3
Automóvel	40	63,5
Filtro de água	26	41,2
Rádio	22	34,9
Computador	20	31,7
Telefone fixo	10	15,9

* Percentual calculado para as respostas afirmativas com base no total de participantes para cada variável.

Fonte: Próprio autor – dados da pesquisa

Tabela 4 – Caracterização das gestantes (n=63), segundo redes de inserção social, vizinhança e comunidade: estrutura física do bairro de moradia. Barra do Bugres, Mato Grosso, 2021

Variáveis	n	%
Bairro possui*		
Serviços de saúde	49	77,8
Escolas	43	68,3
Locais de lazer (esporte, praças, clubes, etc.)	22	34,9
Ambiente seguro	17	27,0
Locais de cultura (cinema, teatro, música, etc.)	00	0,0
Aspectos positivos*		
Tranquilidade	28	44,4
Serviços de saúde e escolas adequados	19	30,2
Serviços básicos (comércio, mercado, farmácia, etc.)	13	20,6
Segurança	03	4,8
Lazer e cultura	00	0,0
Aspectos negativos*		

		<i>Continuação</i>
Falta de lazer e cultura	31	49,2
Insegurança	11	17,5
Poucos serviços de saúde e escolas adequados	09	14,3
Poucos serviços básicos	09	14,3
Falta de tranquilidade	03	4,8
Aspectos que precisam melhorar*		
Lazer e cultura	33	52,4
Segurança	10	15,9
Serviços de saúde	10	15,9
Serviços básicos	07	11,1
Escolas	03	4,8

* Percentual calculado com base no total de participantes para cada variável.

Fonte: Próprio autor – dados da pesquisa

Em casa, são as próprias gestantes que realizam o trabalho doméstico, a renda familiar é suficiente para os gastos com alimentação, água, luz e gás, sendo a alimentação o principal gasto mencionado. As participantes consideram o cônjuge e os filhos como os principais membros familiares e a rotina da família é ficar em casa (Tabela 5 e 6).

Tabela 5 – Caracterização das gestantes (n=63), segundo geração de renda e gastos familiares. Barra do Bugres, Mato Grosso, 2021

Variáveis	n	%
Trabalho doméstico		
Própria gestante	57	90,4
Companheiro(a)	02	3,2
Filhos(as)	02	3,2
Diarista	02	3,2
Funcionária contratada	00	0,0
Renda familiar suficiente		
Alimentação, água, luz e gás	41	65,1
Todos os gastos necessários	09	14,3
Alimentação, água e luz	06	9,5
Alimentação e roupas	05	7,9
Água, luz, gás e telefone	02	3,2
Recursos de saúde	00	0,0
Quando o dinheiro não dá		
Não houve necessidade	24	38,1
Deixa de pagar alguma conta	19	30,2
Pede ajuda a algum filho ou familiar	08	12,7
Utiliza meios de conta para pagamento futuro	07	11,1
Reduz algum gasto necessário, como alimentação	05	7,9
Principais gastos		
Alimentação	40	63,5
Água, luz e gás	21	33,3
Roupas	01	1,6
Recursos de saúde	01	1,6
Telefone	00	0,0

Fonte: Próprio autor – dados da pesquisa

Tabela 6 – Caracterização das gestantes (n=63), segundo redes de inserção social, vizinhança e comunidade: organização e rotina familiar. Barra do Bugres, Mato Grosso, 2021

Variáveis	n	%
Principais membros da família		
Cônjuge e filhos	27	42,8
Cônjuge	19	30,2
Filhos	10	15,9
Outros familiares	04	6,3
Sozinha	03	4,8
Número de filhos		
Zero	19	30,2
Um	27	42,8
Dois	10	15,9
Três	04	6,3
Quatro	03	4,8
Filhos com deficiência		
Não	62	98,4
Sim	01	1,6
Rotina diária da família		
Ficar em casa	51	80,9
Cuidar dos membros familiares	10	15,9
Receber visitas	01	1,6
Frequentar grupos de socialização e/ou de amigos	01	1,6

Fonte: Próprio autor – dados da pesquisa

Quando as participantes possuem problemas de saúde, buscam os serviços de saúde e quando tem outras dificuldades, mencionaram que a família é quem mais oferece apoio, principalmente de ordem financeira e emocional. O principal apoio financeiro que sustenta a família é a renda do companheiro. Quanto ao sistema de proteção social, acesso a serviços públicos e privados e a benefícios sociais, as gestantes apontaram a UBS e o hospital público como os serviços mais utilizados, possivelmente pela sua condição gravídica, além de não ter acesso, em sua maioria, a benefícios sociais vinculados a programas assistenciais do governo (Tabela 7 e 8).

Tabela 7 – Caracterização das gestantes (n=63), segundo sistema de proteção social: redes de inserção e de apoio social. Barra do Bugres, Mato Grosso, 2021

Variáveis	n	%
Dificuldade o que faz/a quem recorre		
Se problemas de saúde busca os serviços de saúde	25	39,7
Ajuda dos amigos e/ou vizinhos	16	25,4
Não busca/não tem ajuda	11	17,5
Ajuda de familiares	06	9,5
Se falta dinheiro, busca o banco	04	6,3
Ajuda dos filhos	01	1,6

Continuação

Em caso de necessidade, quem dá mais apoio		
Família	52	82,5
Parentes	06	9,5
Não tem a quem recorrer	03	4,8
Vizinhos	01	1,6
Amigos	01	1,6
Tipo de apoio		
Financeiro	26	41,2
Emocional	19	30,2
Recursos de saúde	02	3,2
Ajuda nas atividades diárias	13	20,6
Não recebe ajuda	03	4,8
Principal apoio financeiro que sustenta a família		
Renda do esposo	28	44,5
Renda própria	22	34,9
Renda de outros familiares	05	7,9
Renda do pai	04	6,3
Pensão e Bolsa Família juntos	02	3,2
Apenas pensão	01	1,6
Apenas Bolsa Família	01	1,6

Fonte: Próprio autor – dados da pesquisa

Tabela 8 – Caracterização das gestantes (n=63), segundo sistema de proteção social: acesso a serviços públicos e privados e a benefícios sociais. Barra do Bugres, Mato Grosso, 2021

Variáveis	n	%
Serviços mais utilizados		
Unidade básica de saúde e hospital público	30	47,6
Serviços básicos	18	28,6
Nenhum dos locais citados	09	14,3
Outros serviços (como assistência social e ONG's)	06	9,5
Programa assistencial do governo		
Não	55	87,3
Sim (todos são Bolsa Família)	08	12,7

Fonte: Próprio autor – dados da pesquisa

Com base na caracterização apresentada foi possível identificar alguns principais DSS de gestantes em acompanhamento pré-natal, no contexto dessa investigação: 1) Escolaridade: a maior parte das mulheres possuía o ensino médio completo, seguida de porcentagens próximas daquelas com ensino fundamental incompleto e ensino superior incompleto; 2) Raça/cor: a maioria se autodeclarou como parda; 3) Situação ocupacional: estavam, principalmente, sem emprego formal e sem renda própria; 4) Renda familiar: a mais prevalente foi de um salário até dois salários mínimos; 5) Condição de moradia: majoritariamente as participantes residiam em moradia alugada e a maior parte não possuía filtro de água dentre os recursos disponíveis no

lar; 6) Relação entre renda e despesas: apenas 14,3% referiu que a renda da família é suficiente para todos os gastos necessários; 7) Redes de inserção social: a totalidade de mulheres mencionaram que o bairro onde vivem não há locais voltados à cultura (cinema, teatro, música, etc.), sendo a falta de lazer e cultura um aspecto negativo, o qual mais precisa melhorar na perspectiva delas; 8) Rotina familiar: a rotina de ficar em casa foi a mais apontada; 9) Sistema de proteção social: a maioria não tem acesso a benefícios sociais vinculados a programas assistenciais do governo.

Interpretação dos dados do questionário sociodemográfico

Ao contemplar o referencial teórico, considerando o modelo conceitual dos DSS da OMS, foi possível evidenciar os determinantes estruturais e intermediários da saúde, os quais são e/ou podem constituir fatores de vulnerabilidade social de gestantes em acompanhamento pré-natal. Dentre os estruturais, apareceram a raça/cor, escolaridade, situação ocupacional, renda familiar e sistema de proteção social. E quanto aos intermediários, se destacaram sobretudo, as condições de moradia e as redes de inserção social.

No que diz respeito a raça/cor, ao considerar que a maioria das participantes se autodeclarou como parda, apresenta-se os achados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua, realizada pelo IBGE, em que as análises são concentradas em indicar as desigualdades entre as pessoas de cor ou raça branca e as pretas ou pardas. Em síntese, a pesquisa demonstra que a população de cor preta ou parda, ou seja, de raça negra, possui severas desvantagens em relação as dimensões contempladas nos indicadores mercado de trabalho, distribuição de rendimento, educação, condições de moradia, violência e representação política (IBGE, 2019). Para além disso, as iniquidades vividas pela população de raça negra brasileira causam impactos negativos no contexto do processo saúde doença. No plano singular, as ideologias discriminatórias, como o racismo e o sexismo, provocam estratégias psicológicas de defesa construídas socioculturalmente, tais como a somatização, a negação, a racionalização e a invisibilidade para o seu enfrentamento (BRASIL, 2011). Assim sendo, segundo Brandão e Cabral (2021), não é suficiente apenas agregar indicadores para mensurar índices de desigualdades entre pessoas de raça/cor distintas, mas compreender como tais condições sociais de exclusão são (re)produzidas e se interpenetram nos agenciamentos cotidianos que tornam tais grupos mais vulneráveis.

Quanto a escolaridade, Simões e Amaral (2018) afirmam que a abordagem da educação no país permeia-se por elementos que refletem, sobretudo, a desigualdade socioeconômica no

Brasil. Ao constatar nessa pesquisa os dados da escolaridade das participantes, infere uma discussão sobre a ausência da educação superior na formação da maioria delas. Segundo os mesmos autores supracitados, as políticas de expansão do sistema educacional têm se manifestado em um âmbito dicotômico público privado, priorizando interesses privados, ou seja, um crescente quantitativo de instituições, vagas e matrículas na rede particular em relação a rede pública de ensino superior. Assim, a opção por cursar o ensino superior depende sobremaneira da condição socioeconômica do núcleo familiar, considerando que o ingresso em uma universidade pode representar menos uma força de trabalho na composição da renda da família. Portanto, os autores enfatizam que o acesso ao ensino superior pode ser vinculado à desigualdade de renda e caracterizada pela situação de vulnerabilidade socioeconômica. Deste modo, viabilizar o acesso à educação superior, com uma efetiva inclusão das camadas sociais menos favorecidas economicamente, configura-se com um mecanismo de ascensão sociocultural, ou seja, os autores destacam que a educação, coadjuvando com outros condicionantes e determinantes, se torna um mecanismo de ascensão social nas sociedades atuais.

Em relação a situação ocupacional e renda familiar, ao identificar que as mulheres estavam principalmente sem emprego formal e sem renda própria e que a renda familiar mais prevalente foi entre um salário até dois salários mínimos, reflete-se primeiramente sobre os papéis socioculturais vivenciado por mulheres. Em análise sobre as condições de vida da população brasileira, mais da metade (56,4%) das mulheres brasileiras, por exemplo, interrompem o processo educacional em decorrência de uma gravidez, outras se dedicam a realizar afazeres domésticos e/ou cuidar de crianças e jovens no lar (IBGE, 2020). Esses dados se aproximam das estatísticas aqui apresentadas. Quanto a renda familiar, o rendimento médio domiciliar per capita, no ano de 2020, foi de R\$1.349 para o total da população brasileira. Destarte, é preciso pontuar que esta média apresentada tem por característica ser influenciada por um contexto de distribuição desigual dos rendimentos no país, já que os rendimentos nos estratos superiores influenciam no rendimento médio nacional (IBGE, 2021). Esses determinantes podem estar vinculados à reflexão acima sobre a escolaridade.

Frente as condições de moradia, reforça-se que a maioria das gestantes residiam em moradia alugada e a maior parte não possuía filtro de água dentre os recursos disponíveis no domicílio. De acordo com a mesma pesquisa supracitada, de análise de condições de vida da população brasileira, encontrou-se uma inadequação frente ao ônus excessivo com aluguel, em que o valor do aluguel iguala ou supera 30% do rendimento do núcleo familiar. Essa inadequação, ao considerar um elevado comprometimento da renda com o aluguel, pode

dificultar o acesso dos moradores a outras necessidades básicas (IBGE, 2021). Isso pode estar correlacionado com o fato de que apenas 14,3% das gestantes referiu que a renda familiar era suficiente para todos os gastos necessários. Já a ausência do filtro de água, pode significar uma vulnerabilidade maior, na medida em que a adoção de soluções como poços artesianos, aquisição de água mineral, envolvem dispêndio financeiro (IBGE, 2020). E quando não acessados podem gerar suscetibilidades dos membros familiares a patologias físicas – orgânicas. Contudo, é preciso destacar como positivo o fato da maioria das gestantes terem acesso a recursos de saneamento básico (coleta de lixo, rede de esgoto, água canalizada).

E por fim, ao considerar as redes fragilizadas de inserção e apoio social no contexto dessa investigação, acredita-se que a proposta implementada dos grupos de gestantes nos serviços de saúde cooperou para o fortalecimento da rede de suporte social. O envolvimento das mulheres no grupo favoreceu a experiência coletiva de compartilhamento de conhecimentos sobre a importância das temáticas abordadas e a capacitação das mesmas em definir e responder às problemáticas de saúde e seus determinantes, incentivando o empoderamento. Franco et al. (2020) corroboram ao afirmarem que o processo assistencial deve contemplar a mulher em sua totalidade, sendo importante a capacitação dos profissionais para um cuidado compartilhado e o uso de estratégias grupais como recurso de orientação e socialização de experiências, fortalecendo a rede de suporte às gestantes.

Ressalta-se que é preciso, ainda, que os profissionais adotem e mantenham a prática (conceito de sustentabilidade da ação), englobando uma abordagem colaborativa de envolvimento das gestantes, profissionais atuantes no cuidado pré-natal e gestores em saúde. Além de ser necessário buscar evidências sobre o processo de desenvolvimento de intervenções grupais: quais condições favorecem/desfavorecem a participação das mulheres e a integração entre os diversos parceiros/profissionais, qual o papel dos serviços de saúde no suporte e continuidade da ação e reflexões de como as variações na sua implementação influenciam os resultados à saúde de mulheres e uma assistência mais integrada a rede de proteção social.

Ou seja, uma abordagem de novas concepções e modelos teóricos, contribuindo com a discussão sobre as mudanças de paradigma clínico e em investigações científicas, nas quais possibilite conforme Dias e Gama (2014), uma maior tradução do conhecimento científico em ações de saúde mais adaptadas às pessoas e comunidades e seus determinantes de saúde.

Ainda é fundamental destacar que não se desconsidera a necessidade de ampliação de estratégias para além da que foi alvo nessa investigação, acionando redes intersetoriais, incentivando a cultura, o lazer e o bem-estar de pessoas, grupos e populações, além de fortalecer

o debate de políticas públicas visando melhores arranjos econômicos e sociais e do sistema de proteção social.

Esses DSS apresentados e outros condicionantes, corroboram com as evidências na literatura científica de que os DSS estão ou podem estar associados a aspectos da saúde reprodutiva de mulheres, como a gravidez não planejada, acesso ao pré-natal (barreiras econômicas, socioculturais e geográficas ignoradas pelo sistema de saúde), ganho de peso gestacional (este sofre influência de fatores obstétricos, sociodemográficos, assistenciais, comportamentais, psicológicos, dietéticos), escolha da via parto (aspectos socioculturais), maior probabilidade de complicações perinatais (baixo nível socioeconômico, distância da residência até o local de atendimento), abortamento (determinantes individuais como idade, raça), uso de drogas psicoativas, não adoção de práticas de cuidado como o uso de repelentes na gestação (por gestantes mais vulneráveis, durante epidemia do Zika vírus, por exemplo), entre outros (CRISÓSTOMO et al., 2022; CARTAXO et al., 2019; KUMAR et al., 2017; ESPOSTI et al., 2015; PÁEZ et al., 2014; FRAGA, 2012; CHAVES et al., 2012; FIGUEIREDO et al., 2010).

Em gestantes de alto risco, em específico, um estudo que avaliou os DSS discutidos com base no modelo de Dahlgren e Whitehead, em Fortaleza - Ceará, indicou que os determinantes individuais (idade, raça e tipo de gestação) foram considerados favoráveis à saúde da maioria das mulheres em acompanhamento pré-natal de alto risco. Quanto aos determinantes proximais, as gestantes de forma majoritária negaram consumo de drogas lícitas e/ou ilícitas, evidenciando comportamento favorável e a prevalência de gravidez não planejada como comportamento desfavorável. No que diz respeito às redes sociais e comunitárias, o estudo aponta como favorável o fato das mulheres viver com um parceiro e integrar uma rede de apoio religiosa. Já os determinantes intermediários - nível educacional, situação de moradia e acesso aos serviços de saúde foram favoráveis à saúde das mulheres grávidas, enquanto a baixa renda se configurou em condição prejudicial no contexto da gravidez de alto risco (GADELHA et al., 2020). A pesquisa destes autores reafirma a importância da abordagem dos DSS, inclusive na gestação classificada como de maior risco gravídico, complementando os achados aqui encontrados.

Em relação à saúde mental, os DSS podem influenciar no agravamento do funcionamento cognitivo, emocional, psicológico e comportamental das pessoas, manifesto por exemplo, em ansiedade, depressão, dificuldades de sono e memória, etc. Alguns estudos internacionais discutem essa abordagem. Segundo uma pesquisa desenvolvida no interior do estado de Nova York, que avaliou as relações de renda e dificuldades materiais com depressão e ansiedade durante a gravidez, apontou que quando os sintomas refletem angústia relacionada

a dificuldades materiais, atender às necessidades sociais não satisfeitas pode ser mais eficaz do que o próprio tratamento em saúde. Os autores afirmam que os efeitos físicos, emocionais e sociais da privação das necessidades diárias básicas podem impactar nas vivências de gestantes (KATZ et al., 2018). Outra investigação, realizada em Boston abordou sobre o estresse em mulheres grávidas de baixa renda devido à insegurança habitacional, confirmando a importância da experiência social diária para a saúde da mulher e a relevância de considerar os estressores na vida das mesmas (ALLEN, FEINBERG, MITCHELL, 2014). Essas relações constatadas na literatura podem ser melhor evidenciadas no presente estudo por meio dos dados qualitativos.

Portanto, considera-se que o processo de cuidado à saúde humana, incluindo no ciclo gravídico puerperal deve ser explorado em diversos ângulos e perspectivas, a partir de um conceito holístico e multidimensional. A abordagem das pessoas deve ter relação com a comunidade em que ela vive e com fatores mentais, espirituais, emocionais, físicos, econômicos, ambientais, sociais e culturais (ROCHA et al., 2019). Estes autores, ao buscarem conhecer como são trabalhados os DSS na consulta de enfermagem do pré-natal na APS em Florianópolis - Santa Catarina, evidenciaram que os profissionais de saúde não compreendem o conceito de modo amplo e que a temática abordagem está presente nas consultas, mas restrita aos fatores socioeconômicos, reafirmando, então, a importância da compreensão e atuação sobre os DSS, buscando uma assistência voltada às reais necessidades das pessoas e comunidades.

Ou seja, permitir possibilidades de melhor compreender os significados de mulheres grávidas, para além de suas características sociodemográficas e/ou físicas/orgânicas, incorporando aspectos afetivo-volitivos (afetos, emoções, vontades, desejos, necessidades e interesses) que as move e as relações que estabelece com outros e consigo mesmas (proposta apresentada nessa investigação por meio dos dados qualitativos). Pois estes significados e sentidos, são produzidos em suas complexas relações, via atividade que é constituída por trajetórias e experiências e também pelas condições e características do contexto social e histórico em que as gestantes vivem. Estes podem conduzir as mulheres para definição, respostas e enfrentamento às problemáticas de saúde e seus determinantes.

Qualidade de vida de gestantes antes e depois da intervenção grupal na ESF

São apresentados os resultados sobre a percepção das gestantes quanto a sua qualidade de vida de forma geral e nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (a

descrição das facetas correspondentes de cada domínio está evidenciada no quadro 2). Reforça-se que esses dados foram coletados por meio do instrumento WHOQOL-bref da OMS e foram aplicados antes dos grupos de gestantes e depois (quando a mulher atingiu idade gestacional de 37 semanas).

Quadro 2 – Domínios e facetas do WHOQOL-bref

Domínios	Facetas
Domínio I – Físico	1. Dor e desconforto 2. Energia e fadiga 3. Sono e repouso 4. Mobilidade 5. Atividades da vida cotidiana 6. Dependência de medicação ou de tratamentos 7. Capacidade de trabalho
Domínio II – Psicológico	8. Sentimentos positivos 9. Pensar, aprender, memória e concentração 10. Autoestima 11. Imagem corporal e aparência 12. Sentimentos negativos 13. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
Domínio III – Relações Sociais	14. Relações pessoais 15. Suporte (Apoio) social 16. Atividade sexual
Domínio IV – Meio Ambiente	17. Segurança física e proteção 18. Ambiente no lar 19. Recursos financeiros 20. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 21. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 22. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer 23. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) 24. Transporte

Fonte: The WHOQOL Group (1998)

No aspecto geral, a percepção da qualidade de vida das gestantes no momento após a participação das mesmas nos grupos desenvolvidos teve um aumento percentual na classificação “muito boa” (18,2%), esta anteriormente não apontada por nenhuma das mulheres. Esse fato influenciou para a diminuição do percentual que consideraram sua qualidade de vida como “boa” e “regular”, já que a reclassificaram após os grupos, de 72,7% para 63,2% e de 27,3% para 0,0%, respectivamente. É importante ressaltar que nenhuma das participantes apontou sua qualidade de vida como “regular”, entretanto, apareceu um percentual de mulheres indicando que “necessita melhorar” (18,2%). Esses resultados estão apresentados na Tabela 9.

Tabela 9 – Percentual de participantes de acordo com a classificação dos escores obtidos em relação à percepção sobre sua qualidade de vida antes e depois da participação nos grupos de gestantes (n=11). Barra do Bugres, Mato Grosso, Brasil, 2021

Domínios do instrumento	Antes		Depois		p valor
	n	%	n	%	
Geral					0,483
Necessita melhorar	0	0,0	2	18,2	
Regular	3	27,3	0	0,0	
Boa	8	72,7	7	63,6	
Muito boa	0	0,0	2	18,2	
Físico					0,009
Necessita melhorar	2	18,2	3	27,3	
Regular	7	63,6	6	54,5	
Boa	2	18,2	2	18,2	
Psicológico					0,124
Necessita melhorar	2	18,2	1	9,1	
Regular	4	36,4	3	27,3	
Boa	5	45,5	7	63,6	
Relações sociais					0,062
Necessita melhorar	1	9,1	1	9,1	
Regular	5	45,5	3	27,3	
Boa	5	45,5	7	63,6	
Meio ambiente					0,028
Necessita melhorar	3	27,3	1	9,1	
Regular	7	63,6	6	54,5	
Boa	1	9,1	4	36,4	

Fonte: Próprio autor – dados da pesquisa

Quanto aos domínios, o físico foi o único que apresentou dados contrários, ou seja, na etapa “depois” as gestantes demonstraram uma porcentagem maior (27,3%) de que a dimensão física precisava melhorar, também não houve alterações na classificação “boa” (18,2%).

Em todos os demais domínios, mesmo que não tenha sido evidenciado a classificação “muito boa”, houve alterações importantes do ponto de vista descritivo - no domínio psicológico e das relações sociais, a classificação “boa” saiu de 45,5% para 63,6% e no domínio meio ambiente, o qual inclui os cuidados de saúde e sociais e as oportunidades de adquirir novas informações, saiu de 9,1% para 36,4%. Contudo, neste último domínio é preciso pontuar que mesmo que tenha ocorrido uma redução do percentual da classificação “regular”, na etapa após os grupos, ainda sim, a maioria das mulheres (54,5%) consideraram a sua qualidade de vida como “regular”. Já os níveis de satisfação mais elevados foram relativos aos domínios psicológico e relações sociais (ambos com 63,6%). Destaca-se que apenas os resultados dos

domínios físico e meio ambiente apresentaram relevância estatística. Entretanto, é preciso pontuar a importância clínica dos resultados descritivos acima expostos.

Interpretação dos dados do WHOQOL-bref

O conceito de qualidade de vida se expressa em uma área multidisciplinar de conhecimento que envolve ciência e empirismo, englobando elementos do cotidiano do ser humano, o ambiente em que se vive, grupos de convívio e a sociedade no qual está inserido, suas percepções e expectativas subjetivas sobre a vida, como bem-estar, satisfação nas relações sociais e ambientais e a relatividade cultural, além de questões mais deterministas como o agir clínico frente a doenças e enfermidades (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Ao incorporar a compressão social do termo no processo de produção de cuidado à saúde humana, nota-se uma ampliação da discussão sobre o trabalho em saúde enquanto prática social, que tem articulação macroestrutural com políticas públicas sociais e de saúde, visando a ampliação de um paradigma funcionalista.

A partir da análise dos dados foi possível constatar que no domínio geral a maioria das gestantes avaliaram a sua qualidade de vida como “boa”. Achados semelhantes também foram apontados por Schumacher et al. (2020), em estudo realizado em uma ESF do município de Lajeado - RS, em que a maioria das participantes considerou sua qualidade de vida “boa”. Como os autores supracitados não desenvolveram uma intervenção grupal, enfatiza-se que a principal diferença entre a etapa antes e após a participação das gestantes nos grupos dessa investigação, foi que posteriormente apareceu a classificação “muito boa”. Esse é um dos aspectos que se destaca nesse estudo, considerando a importância da intervenção coletiva incorporada a rotina de assistência pré-natal.

Outros estudos na literatura, como de Conceição et al. (2020) e Nunes et al. (2017) já relataram o papel dos grupos de gestantes enquanto ferramenta de instrumentalização e potencialização do cuidado à saúde reprodutiva. Entretanto, não foram localizados estudos nacionais que avaliaram a qualidade de vida de gestantes acompanhadas na ESF antes e depois da participação nesses grupos, por meio do WHOQOL-bref, o que demonstra a importância dessa pesquisa.

A nível internacional, encontra-se alguns estudos que avaliaram a qualidade de vida de gestantes, mas são majoritariamente direcionados a condições de vida e saúde mais específicas, como por exemplo gestantes com diabetes gestacional, hiperglicemia, transtornos de humor, pré-eclâmpsia, entre outras (JIKAMO et al., 2021; IWANOWICZ-PALUS, ZARAJCZYK,

BIEN, 2020; KANG, PEARLSTEIN, SHARKEY, 2020; PANTZARTZIS, 2019), diferentemente do presente estudo que avaliou a qualidade de vida de gestantes, considerando suas distintas condições de vida e saúde.

Portanto, ressalta-se a importância de pesquisas sobre qualidade de vida que se norteiam na percepção das próprias gestantes, visando subsidiar programas e fomentar políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e redução de vulnerabilidades sociais nessa população. Pontua-se também que essa investigação contribuiu para reforçar os efeitos positivos de intervenções grupais com gestantes. Estudo de Marquesim (2013) que buscou avaliar a qualidade de vida em gestantes diabéticas, realizado com 105 mulheres por meio da aplicação do WHOQOL-bref em dois momentos, sendo na primeira consulta de pré-natal ou no diagnóstico da doença e na internação para o parto, revelou que a maioria das mulheres avaliou a qualidade de vida como boa no início da gestação. Já ao final do período gestacional, nenhuma gestante considerou que sua qualidade de vida fosse boa, contrapondo os achados aqui apresentados. Apesar da pesquisa mencionada ter em foco uma condição específica, reforça-se, de certo modo, como a presente proposta, de uma intervenção coletiva, pode contribuir em aspectos determinantes da qualidade de vida e saúde de gestantes.

É preciso considerar que uma parte das gestantes (18,2%) avaliou que a sua qualidade de vida ainda precisaria melhorar. A partir de uma análise mais ampla, correlacionando todos os domínios, possivelmente a necessidade de melhorar pode estar conexa com a condição física da mulher, já que no 3º trimestre gestacional as mudanças corporais podem afetar o bem estar físico da gestante. Os escores mais baixos de satisfação das gestantes quanto a sua qualidade de vida foi justamente no domínio físico. Isso aconteceu, possivelmente, pelo processo fisiológico inerente ao período gravídico, em que há um declínio das habilidades físicas com o avanço gestacional, aumentando o edema e a dor lombar, por exemplo. Chagas (2017), em estudo desenvolvido com 29 gestantes em Uberlândia/MG, demonstrou que existe correlação entre a incapacidade relacionada à dor lombar e o domínio físico do questionário de qualidade de vida (WHOQOL-bref). Assim, a autora afirma que quanto maior a incapacidade da gestante que possui dor lombar, pior se apresentam os escores do domínio físico.

Castro e Fracolli (2013) também encontraram achados que corroboram com a presente investigação, ao avaliar (sem intervenções) a qualidade de vida de 42 gestantes atendidas na ESF do município de São Bernardo do Campo/SP. Os autores evidenciaram que o domínio físico foi o que obteve o menor escore. Há também outros achados dos autores que se aproximam frente aos demais domínios, como por exemplo o maior escore do domínio das relações sociais.

Quanto ao domínio das relações sociais e o psicológico, os quais tiveram os maiores níveis de satisfação pelas participantes, ressalta-se, sobretudo, o avanço do percentual na etapa após os grupos de gestantes. Considerando que as mulheres participaram de atividades de educação em saúde, de meditação com exercícios de alongamento e relaxamento, receberam apoio e estreitaram suas relações com os profissionais de saúde e com outras gestantes, é possível refletir que as ações puderam auxiliar na percepção sobre a qualidade de vida dessas mulheres, já que abordaram algumas facetas relacionadas a esses domínios. Segundo Benincasa et al. (2019), as ações que promovem um espaço de acolhimento às gestantes, de caráter psicoeducativo, de escuta e atenção, de troca de experiências, oferecendo uma rede de suporte, favorece a sensibilização das mesmas para aspectos voltados ao estado psicológico. Os autores afirmam que as gestantes em sua maioria apreciam estratégias de acompanhamento alternativo à saúde do binômio no ciclo gravídico puerperal.

No que diz respeito às redes sociais das gestantes, estudo de Ramos et al. (2020) revelou a importância das relações estabelecidas durante o acompanhamento à saúde reprodutiva, tanto na rede primária (familiares, amigos, vizinhos, etc.) como na rede secundária (profissionais de saúde, instituições, entre outros), tornando essas referências para informações e apoio afetivo à elas.

Já em relação ao domínio meio ambiente, o avanço percentual possivelmente está relacionado aos cuidados de saúde e sociais recebidos e as oportunidades de adquirir novas informações e habilidades. Mesmo que esse achado tenha sido positivo no contexto desse estudo, se faz necessário destacar o fato da maioria das gestantes ter avaliado a qualidade de vida como “regular” nesse domínio. Ao observar as facetas que compõem o domínio, percebe-se a importância da assistência em saúde incorporar os condicionantes e DSS para delinear suas ações, de forma intersetorial. Pressupõe-se, ainda, que resultados mais significativos nesse domínio demandem intervenções mais específicas e ampliadas do que as que foram alvo de investimento nesta pesquisa.

Além disso, ainda diante o domínio meio ambiente, também é preciso considerar que a coleta de dados foi realizada durante o período de pandemia da Covid-19. Esse cenário já é um condicionante que pode afetar algumas facetas desse domínio, como por exemplo, a segurança física e proteção, a participação e oportunidades de recreação/lazer e os recursos financeiros por um possível afastamento da gestante do mercado de trabalho e/ou de algum familiar provedor.

Estudos nacionais e internacionais corroboram com a inferência supracitada. Segundo Brandão e Cabral (2021) a maioria das mulheres trabalhadoras, nos mercados formal/informal

ou no ambiente doméstico, e suas necessidades em saúde sexual e reprodutiva estiveram invisíveis no contexto nacional, durante a pandemia. As medidas de distanciamento social provocaram dificuldades para o deslocamento das mulheres aos serviços públicos de saúde, os quais foram reorganizados para o atendimento prioritário as pessoas infectadas pelo vírus. No cenário internacional também se constatou que a pandemia pôde afetar a qualidade de vida durante a gravidez. Assim sendo, compreender as implicações pós pandêmicas e reconhecer a importância do apoio social pode ajudar a melhorar a qualidade de vida de gestantes (DULE et al., 2021).

Em síntese, as reflexões apresentadas reforçam a importância clínica dos achados descritivos provenientes da presente investigação, mesmo que a relevância estatística tenha sido constatada apenas nos resultados dos domínios físico e meio ambiente.

Para além da proposta aqui implementada, Castro e Fracolli (2013) sugerem que WHOQOL-bref poderia ser aplicado na própria assistência clínica, na primeira consulta de pré-natal e reaplicado a cada dois meses na consulta de enfermagem ou pelo ACS, pois o instrumento contribuiria para o monitoramento e ampliação da assistência pré-natal.

Considera-se, então, segundo Chiesa et al. (2011) que o WHOQOL-bref aborda aspectos que permitem ampliar a visão do processo saúde-doença, além da interação emancipatória com sujeitos e grupos em situação de vulnerabilidade, com base na problematização das expectativas de qualidade de vida que desejam para si. Assim, recomenda-se a incorporação do instrumento na clínica e na abordagem de grupos na ESF.

5.2 Conjunto analítico proveniente dos dados qualitativos

Primeiramente, nesse conjunto, apresenta-se a caracterização específica das 11 gestantes participantes da etapa qualitativa (selecionadas conforme descrição apresentada no item metodológico), incluindo algumas características individuais (raça/cor, idade, estado civil e ocupação) e obstétricas (histórico reprodutivo e gestação atual em curso durante a pesquisa).

Majoritariamente eram casadas, pardas e multíparas, com faixa etária entre 20 a 37 anos de idade e com idade gestacional (na data da coleta de dados – entrevista aberta) variando de 37 semanas e um dia a 38 semanas e cinco dias. Entre as mulheres, sete referiram estar empregadas no mercado formal, quatro em ocupação voltada aos serviços/afazeres do lar e uma estudante. E seis gestantes afirmaram que a gestação atual em curso foi planejada (Quadro 3).

Em seguida são apresentados e discutidos dois eixos temáticos: 1) DSS que podem interferir na saúde mental e reprodutiva de gestantes reconhecidos nas dimensões financeira-

laboral, socioambiental, física-orgânica e afetiva-volitiva-relacional; 2) Repercussões dos grupos na saúde mental e reprodutiva de gestantes: fortalecimento psicossocial e benefícios ao comportamento informacional e atitudinal.

Quadro 3 – Caracterização das gestantes participantes da etapa qualitativa, a partir de características individuais e obstétricas.

Gestante	Raça/cor	Idade	Estado Civil	Ocupação	Gestações Paridades Abortos	Gestação atual	Idade Gestacional
G1	Parda	25 anos	Solteira	Estudante	G2, P1, A0	Não planejada	37s 1d
G2	Parda	24 anos	Casada	Atendente comercial	G1, P0, A0	Não planejada	38s 3d
G3	Parda	27 anos	Casada	Psicóloga	G2, P1, A0	Não planejada	38s 2d
G4	Parda	22 anos	Casada	Do lar	G3, P2, A0	Planejada	38s 3d
G5	Branca	20 anos	Casada	Pizzaiola	G1, P0, A0	Não planejada	37s 2d
G6	Parda	23 anos	Casada	Do lar	G1, P1, A0	Planejada	37s 4d
G7	Parda	32 anos	União Estável	Auxiliar administrativa	G4, P3, A0	Planejada	37s 4d
G8	Parda	30 anos	União Estável	Operadora de caixa	G4, P3, A0	Planejada	37s 1d
G9	Amarela	38 anos	Casada	Auxiliar administrativa	G3, P2, A0	Planejada	37s 2d
G10	Branca	20 anos	Casada	Do lar	G2, P1, A0	Planejada	38s 3d
G11	Parda	26 anos	Divorciada	Do lar	G4, P3, A0	Não planejada	38s 5d

Fonte: Próprio autor – dados da pesquisa

DSS que podem interferir na saúde mental e reprodutiva de gestantes reconhecidos nas dimensões financeira-laboral, socioambiental, física-orgânica e afetiva-volitiva-relacional

Neste eixo temático são apresentadas quatro dimensões produzidas a partir da análise dos dados empíricos, as quais evidenciam alguns DSS de mulheres gestantes, sendo elas: dimensão financeira-laboral, socioambiental, física-orgânica e afetiva-volitiva-relacional.

Dimensão financeira-laboral

A dificuldade financeira foi apontada por algumas mulheres, em interlocução com a preocupação em propiciar uma condição estrutural para a chegada de um novo membro da família e ao afastamento da gestante do mercado de trabalho. Também foi evidenciado os impactos emocionais relacionados, o apoio financeiro recebido de outros integrantes familiares e do companheiro, além do desejo da mulher em estar vinculada a um contexto laboral.

A parte dificultosa é também pela questão financeira [...] eu tinha medo de não conseguir receber a nenê bem, porque eu mesmo não tenho renda nenhuma, eu tenho serviço, mas devido a um problema de coluna estou afastada, não recebo nem pelo INSS nem por nada [...] então me preocupa muito porque eu tenho duas filhas que moram comigo e só uma delas recebe pensão, então é uma filha que está trabalhando para manter a casa, ela é jovem aprendiz. Daí vem a preocupação, acaba vindo um desespero, às vezes eu choro, mas é mais por questão financeira e medo que a neném chegasse ao mundo sem nada né?! (G8)

Da parte financeira caiu um pouco a renda, não estou podendo trabalhar, só em casa, mais gastos por ficar o dia inteiro em casa, eu tenho um enteado que ficou com a gente também, aí quando eu estava trabalhando todo mundo saía cedo, chegava só tarde, aí você fica em casa o dia inteiro você quer comer, você quer assistir televisão, você liga o ar condicionado, então gasta mais (G9).

[...] meu namorado está comigo, mas ele mora em outra casa, ele não é o pai das minhas outras crianças, com ele é o primeiro filho, ele me ajuda bastante na parte financeira já que eu não estou trabalhando. Mas o que eu queria mesmo era trabalhar, para eu mesma comprar minhas coisas [...] (G11).

Outro aspecto, diz respeito ao sistema de proteção social, considerando que o recebimento de benefícios sociais vinculados a programas assistenciais do governo, se tornou para uma das participantes uma das únicas fontes de renda familiar.

[...] o único dinheiro que eu tenho meu é o bolsa família que está vindo 200 reais, então me preocupa muito porque eu tenho duas filhas que moram comigo e só uma delas recebe pensão (G8).

Dimensão socioambiental

O cenário pandêmico foi evidenciado pelas participantes como um condicionante que afetou a rotina de vida e de trabalho, a vivência gestacional, o estado emocional e até mesmo a percepção da mulher sobre o envolvimento físico-afetivo durante o desenvolvimento e participação nos grupos de gestantes.

[...] fiquei muito preocupada principalmente em relação a Covid, que a gente está vivendo agora e me preocupou bastante, então para mim essa gestação foi mais difícil, está sendo um pouco mais difícil (G3).

[...] o que eu queria mesmo era trabalhar, para eu mesma comprar minhas coisas, mas não posso por causa da pandemia, ano passado quando eu não estava gestante eu trabalhava, e isso me incomoda, estava acostumada a trabalhar (G11).

[...] com essa pandemia tem que ficar só em casa, não posso sair para canto nenhum nem para me distrair um pouco, acho que isso contribui para eu estar mais estressada, estou só em casa [...] Da parte financeira caiu um pouco a renda, não estou podendo trabalhar, só em casa, e isso tudo foi a pandemia que causou, por causa do isolamento social [...] As meninas (profissionais de saúde) orientaram muito bem, eu até gostaria de ter tido contato maior, mas por causa da pandemia tivemos que manter o protocolo (distanciamento) (G9).

Entretanto, o contexto dos serviços de saúde foi traduzido como fator protetivo, diante ao apoio e orientação profissional na ESF e ao cuidado especializado voltado à saúde mental.

[...] te passa uma segurança, porque eu penso assim, olha aquilo que eu estou estudando, que eu estou lendo tem coerência, porque tem um profissional por trás te reafirmando tudo isso, então a gente se sente segura, ajuda a não desesperar, pelo menos para mim é assim (G3).

[...] aí eu até procurei a terapia, fiz terapia, eu sentia que tinha algo errado, um excesso de exaustão, de ânimo para trabalhar, mas agora eu me sinto bem, porque procurei me orientar mais, ter mais conhecimento e me preparar para esse momento da gestação (G3).

Assim, as gestantes múltíparas ressaltaram uma comparação da assistência pré-natal recebida em suas gestações, enfatizando o acolhimento e apoio profissional e a relevância da ação grupal desenvolvida para o cuidado à saúde mental e reprodutiva.

Eu não tenho nem o que reclamar do posto, o atendimento, os profissionais, graças a Deus está tudo bem. Porque lá no outro posto que eu fiz o pré-natal anterior, há seis anos, eles não faziam isso (grupo de gestantes), depois eu fui “ganhar o bebê” em Campo Novo e não

tive nada disso e aqui é diferente, o grupo ajuda muito a gente, alivia um pouco, então ajuda muita gente, principalmente eu (G1).

[...] das unidades que já passei durante as minhas três gestações, foi uma das melhores que eu passei, até o apoio das enfermeiras, do médico, as meninas da recepção, são ótimos, atendem super bem a gente, com educação, paciência (G7).

Na minha última gestação, naquele tempo eu não tive isso (grupo de gestantes), e eu acredito que faz diferença, porque tem muitas grávidas que tem muitos problemas, muitas dificuldades emocionais e físicas, e isso pode contribuir na gestação, melhorando a parte emocional e física das gestantes (G9).

Dimensão física-orgânica

As participantes manifestaram sintomas gravídicos inerentes aos respectivos trimestres gestacionais, como náuseas, algia pélvica e fadiga, além de mudanças emocionais relacionadas as alterações hormonais do período reprodutivo. Uma das gestantes também relatou que a presença desses sintomas não alterou a rotina de afazeres domésticos.

[...] eu já fiz 37 semanas e está uma fase meio ruim, fico muito deitada, muito cansada, com dores, com dor no “pé na barriga”, mas acho que isso também é normal né?!, até mesmo porque eu sofri com os pontos e cicatriz da outra gestação, aí dói um pouco, mas fora isso, está tudo bem graças a Deus (G1).

[...] agora no final da gestação, porque eu já estou bem no finalzinho, aí cansa um pouco mais, e no comecinho me deu um pouco de enjoo (G4).

Agora estou bem, tranquila, o ruim mesmo foi no começo da gestação, com os enjoos e as cólicas. Mas agora estou bem (G5).

Eu me senti bem a gestação inteira, só agora no final com pouquinho de cansaço (G7).

Para mim no comecinho foi difícil, porque eu tive muito enjoo, muito estresse, esse tenho até hoje, é o que eu mais tenho, passo muito nervoso, tenho muito cansaço, a primeira gravidez não foi assim, a segunda já é totalmente diferente. Aí fico bastante nervosa no dia a dia, acho que é por conta da gravidez mesmo, muitos hormônios né?! [...] os afazeres de casa não mudaram nada eu faço tudo normal, fico um pouco cansada, mas não me incomoda em nada de fazer, nadinha (G6).

Outro aspecto diz respeito ao histórico reprodutivo anterior desfavorável, associado a uma demarcação médica, que gerou incertezas e ansios para uma nova vivência gestacional.

A médica falou que eu não podia engravidar agora por causa do meu primeiro filho que tive, eu tive complicações, tive infecção hospitalar, tive que usar dreno, e aí não podia engravidar por agora. Então eu descobri que estava grávida e achei que ia ser a pior coisa do mundo, mas estou vendo que não está sendo não (G1).

Também foi evidenciada a preocupação de gestantes frente ao edema gravídico, a uma possível patologia clínica gestacional (diabetes gestacional) e ao ganho de peso na gestação, acompanhados e avaliados por profissionais de saúde.

[...] dessa vez eu inchei muito, comecei a desenvolver diabetes pré-gestacional que me deixou um pouco preocupada [...] eu acabei engordando bastante também (G3).

Eu estou bastante ansiosa, já não vejo a hora, acho que é por isso que eu engordei demais também, a médica pega no “meu pé”, mas é para minha saúde e do neném, né?! Bastante difícil ein?! Eu engordei bastante (G1).

E por último, aponta-se a adaptação das mulheres diante as mudanças físicas corporais. Para algumas gestantes as transformações interferiram em sua autoestima, para outras, existe uma compreensão de que é um momento transitório, sendo que após o parto, há um provável retorno às condições pré-gravídicas.

Eu senti uma diferença no meu corpo, o quadril foi ficando mais largo, não engordei muito, mas mesmo assim isso mexe um pouco com a gente, como a gente se vê (G2).

Estou me sentindo diferente quanto as mudanças no corpo da gente, mas a gente se acostuma um pouquinho (G6).

Me sinto bem com o meu corpo, daqui a pouco o bebê vai sair mesmo né (risos)?! (G11).

Dimensão afetiva-volitiva-relacional

As participantes revelaram alterações emocionais conexas a própria gestação em andamento, como o aumento da sensibilidade afetiva e da soma de respostas físicas e mentais ocasionadas por determinados estímulos externos e gravídicos, impactando no convívio interpessoal diário.

Ah, psicologicamente estou mais ou menos, porque quando a gente fica grávida os sentimentos aumentam, a gente fica muito sensível, aí chora por qualquer coisa (G5).

[...] o problema emocional foi comigo mesmo, um estresse, um nervoso que vem lá de dentro, que parece que eu ficava tremendo por dentro,

eu não sei de onde saia (risos), então tiveram que ter muita paciência comigo, porque tudo para mim me incomodava, principalmente nos primeiros meses, no primeiro trimestre, Deus me livre, eu mesmo falava que tinha dia que eu tinha que me isolar um pouco, porque senão eu fico doida e deixo o povo doido né?! (G9).

Estou bem, só estou um pouco ansiosa. Eu passei um pouco de estresse, de nervoso, eu sou uma pessoa muito ansiosa, qualquer coisa me estressa, até com meu esposo fico estressada também [...] antes de engravidar eu já tinha ansiedade, estresse, mas na gravidez aumentou (G10).

Frente a essas alterações, as mulheres também manifestaram apresentar sentimentos ambivalentes durante o período gestacional, ou seja, emoções e valores simultaneamente opostos, como tristeza e alegria.

Nem eu sei direito como me sinto, tem vezes que eu estou triste, outras vezes alegre (G1).

[...] só está sendo um pouco mais difícil com o finalzinho da gestação, mas também tem um pouco de alegria pela chegada da neném que está perto [...] (G8).

Além disso, referiram bem-estar materno considerando a boa saúde fetal, entretanto, também apontaram estar ansiosas e impacientes para o nascimento do bebê, tendo como um dos aspectos causais para isso, o desconforto físico gestacional.

Eu achei que no começo da gestação eu estava entrando em depressão, mas não foi não, e aí a gente percebe que já está no final da gravidez e dá um alívio em saber que o neném está bem, graças a Deus [...] Também estou muito nervosa, não vejo a hora do bebê nascer, eu já fiz 37 semanas (G1).

Digamos que estou bem, porque para mim o que importa é a neném chegar bem né?! [...] (G8).

Hoje estou me sentindo melhor, vai chegando no final da gravidez a gente vai ficando mais consciente do que está vivendo, mas também mais impaciente do bebê não nascer logo (G6).

Agora no final da gravidez vai dando uma ansiedade de ficar esperando, não é desespero, é mais ansiedade de chegar logo o parto (G7).

[...] meu psicológico está bem, só muito ansiosa, ansiedade mesmo, de querer ter logo o bebê porque está me incomodando muito fisicamente, eu estou sufocada, parece que ele está muito agitado, parece que quer sair a todo momento, então é mais o incômodo físico mesmo (G9).

Assim, revelaram ainda, preocupações, incertezas e medo diante a aproximação do momento parturitivo, situação ainda desconhecida mesmo que a mulher já tenha vivenciado

uma experiência reprodutiva anterior. Pois, segundo elas, há uma preocupação com a referência para a instituição onde o parto será realizado, com os procedimentos a serem realizados, se serão assertivos ou não, com a via de parto e com a recuperação puerperal.

No começo da gestação é tranquilo, mas vai chegando no final e a gente vai ficando preocupada, porque a gente nunca sabe como que vai ser né?! Essa é minha preocupação, daqui para frente o parto pode acontecer a qualquer momento [...] (G2).

De vez em quando me dá um pouco de ansiedade, um pouco de tristeza, um pouco de preocupação, mas aí depois volta ao normal, nada muito avançado. Eu fico assim por causa do parto, o hospital do parto, se vou ser transferida para outro lugar, então me preocupa [...] Então a dificuldade que mais tive foi só agora como essa crise de um pouco de ansiedade, essas preocupações (G4).

Eu tenho medo do parto, medo de não dar certo, uma pessoa fala uma coisa, outra fala outra, que vai doer, daí fico com medo, e eu quero ter o parto normal porque a recuperação é melhor, é mais rápida e também não gosto de ficar dependendo muito tempo de ninguém não (G10).

Contudo, as multíparas enfatizaram que a experiência reprodutiva anterior pode proporcionar segurança a respeito dos cuidados gestacionais, além de expressarem satisfação com o planejamento reprodutivo da gestação atual.

[...] estou me sentindo mais segura por ser uma segunda gestação e já vou saber mais o que eu posso fazer né?! (G3).

Psicologicamente eu me sinto bem, eu não sei se é pelo de já ter tido três filhos, já saber mais ou menos o percurso, então eu me sinto bem (G7).

Eu me sinto bem porque essa gestação foi planejada, não me atrapalhou em nada, como no serviço (G4).

[...] estou alegre e feliz com a gestação, porque era o que eu queria, eu procurei engravidar (G8).

Outro aspecto vinculado a essa dimensão, faz referência as percepções das gestantes multíparas quanto as diferenças entre gestações e seus respectivos contextos de vida e saúde, em correlação com fatores individuais e psicossociais.

[...] essa gestação para mim foi um pouco mais complicada do que a outra, porque na outra eu estava na correria da faculdade e eu ficava muito voltada para aquilo e nessa por eu ter me oportunizado a viver uma gestação, talvez o meu organismo também se oportunizou a sentir todas as sensações (G3).

Eu acho que das minhas três gestações, essa é que está sendo a mais confortável, eu queria a gestação [...] estou em uma fase mais relaxada, mas comprometida com a gravidez (G7).

[...] a gestação não foi por acidente, só que eu não esperava que ia ser tão difícil, porque nas outras duas foi bem tranquilo, trabalhei até no dia de ter mesmo o parto, e aí nessa aqui está bem difícil mesmo. Agora nesse último mês então, nem se fala, é aquela agonia, sensação que está faltando respiração, eu não consigo nem andar direito mais (risos), mas também eu já estou com 38 anos, a minha filha caçula está com 16 anos, então a minha última gestação foi há 16 anos, e não tem como eu comprar minhas condições físicas né?! Na verdade, a minha condição emocional melhorou, entretanto, a condição física está muito difícil (G9).

Nesse sentido, uma das participantes enfatizou a maturidade pessoal como fator condicionante para uma estrutura emocional, definidora de atitudes comportamentais individuais.

Na questão emocional eu fui melhorando ao longo dos anos, comigo mesmo, questão de experiências de vida, porque há 16 anos atrás eu era outra pessoa, hoje meus pensamentos estão bem mais, digamos que concretos, sei o que eu quero, o que não quero, há 16 anos eu estava muito perdida ainda (G9).

No que diz respeito a rede de apoio referida pelas gestantes, a principal foi a família, seguida da relação com os amigos próximos. O apoio foi traduzido, principalmente, por aceitação familiar da gestação, sustentação emocional e auxílio para os cuidados após o nascimento do bebê.

[...] graças a Deus a minha mãe, meus parentes, meu marido estão me ajudando, conversando comigo (G1).

Meu marido me apoia bastante, minha família ajuda e a família dele também, é o primeiro filho, então ajudam bastante, minha sogra, minha mãe, minha avó. E tenho os amigos mais próximos que posso contar com eles (G2).

A minha família desde começo da gestação ela me ajuda, como a minha mãe, todos gostaram que eu engravidei (G4).

[...] quem me dá apoio da minha família é minha mãe e meu pai, conversando comigo sempre, todos os dias e não me deixando ficar sozinha (G5).

[...] tenho apoio de todo mundo, da minha família, do meu marido, dos amigos, então sobre isso eu não tenho nem o que reclamar (G9).

Eu moro só com meu esposo, só que vou ficar na minha sogra esses primeiros dias depois do parto para ela me ajudar (G10).

A minha família me apoiou totalmente, eu moro sozinha com os meus filhos, mas minha mãe, meu pai, minhas irmãs me apoiam (G11).

Uma das participantes também citou, além do apoio emocional, o apoio financeiro ofertado pela família em interlocução a um conflito relacional com o pai do bebê, gerando expectativas afetivas para esta relação e alterações emocionais na gestante. Outra, com relação conjugal rompida, expressou o desejo de seu filho em residir com o pai. Assim sendo, as relações fortalecidas do núcleo familiar se demonstraram essenciais para uma vivência reprodutiva mais tranquila e equilibrada emocionalmente.

[...] falta de apoio, que não tenho de muitos, só dos meus parentes mesmo que eu tenho, principalmente o pai da bebê que deveria preocupar mais com minha gestação, com a chegada da bebê e ele não se preocupa, até ontem estávamos juntos e agora não estamos mais. Eu fico triste na questão de eu queria que ele fosse mais presente, mais atencioso com a minha gestação e por ser o primeiro dele eu acreditava que ele ia ser um bom pai, sempre querer ficar perto da criança, mas graças a Deus minha irmã, minha mãe, meus irmãos, estão me dando muito apoio, financeiro, eles dão coisas para a neném e para mim, a parte sentimental também, eles estão sempre perto conversando, perguntando, dando apoio quando estou triste eles vão lá conversa comigo, então todos os tipos de apoio que seria para vir do pai está vindo dos meus parentes (G8).

Eu acho que não fiquei muito sensível na gestação, eu não choro à toa. Mas as vezes dá uns sentimentos, agora por exemplo meu filho quer ir morar com o pai dele, e aí tenho que pensar nisso tudo, porque é um filho que vai né?! Então mexe com a gente (G11).

Outro componente dessa dimensão está relacionado ao cuidado pela gestante de membros familiares, como os filhos, o qual se apresentou como uma barreira para efetivação de práticas de autocuidado.

[...] em casa é mais difícil fazer os exercícios de relaxamento, por exemplo, com dois filhos em casa não dá não (risos), ficam o dia inteiro comigo (G11).

Mais um aspecto evidenciado nos depoimentos empíricos foi a religiosidade, empregada por frases comumente utilizadas por indivíduos que possuem uma crença religiosa e pelo significado de confiança em Deus em relação a planos futuros.

[...] essa é minha preocupação, daqui para frente o parto pode acontecer a qualquer momento, mas graças a Deus está tudo indo bem (G2).

[...] me senti bem o tempo todo na gestação, não tive complicação nenhuma, graças a Deus (G11).

[...] me pegou de surpresa, eu não podia engravidar agora, aí veio e se Deus quis é porque vai dar tudo certo [...] vamos ver o que Deus está preparando para mim (G1).

E por fim, expressaram desejos e anseios prévios, de maior consciência sobre cuidados reprodutivos pré-gestacionais, além de desejos futuros de planejamento reprodutivo, evidenciado pela vontade da mulher em realizar uma laqueadura.

Está sendo boa em relação de ser o que eu queria, eu queria o bebezinho, talvez um pouco antes da data que a gente havia estipulado, só que estou me sentindo um pouco mais preocupada quanto aos critérios de saúde comigo mesmo, eu poderia ter me preparado mais, ter seguido os protocolos antes da gravidez de alimentação e medicações anteriores, talvez ter monitorado para não ficar gestante agora no momento da pandemia, acho que eu teria que ter tido esses tipos de cuidado, cuidados básicos (G3).

[...] também já vi para laquear, que não posso ter mais filho, só mais esse [...] (G1).

Repercussões dos grupos na saúde mental e reprodutiva de gestantes: fortalecimento psicossocial e benefícios ao comportamento informacional e atitudinal

Incorpora-se, inicialmente, o processo adaptativo das gestantes nos grupos desenvolvidos, principalmente frente a não experiência reprodutiva anterior. Percebe-se, pela fala da participante, o envolvimento progressivo da mulher na ação grupal.

No começo eu me senti um pouco estranha, porque como sou mãe de primeira viagem e não sei muito bem das coisas, fiquei um pouco com vergonha, e aí foi melhorando, porque aprendi bastante coisa e fui me sentindo muito bem no grupo (G5).

Consequente, evidencia-se as repercussões das atividades desenvolvidas voltadas à saúde mental das gestantes. São observados o aprendizado da mulher voltado a meditação e ao relaxamento corporal, o alívio de sintomas como a ansiedade e o estresse, com estímulo a concentração e o bem estar emocional. As mulheres declararam ainda, a importância da oferta de oportunidades para que possam falar sobre os seus sentimentos, incentivando a continuidade das ações para auxiliar e apoiar outras gestantes.

[...]o grupo ajuda bastante a aprender a meditar e a relaxar o corpo (G2).

[...]o grupo ajuda a mostrar como podemos aliviar a ansiedade, aliviar a preocupação, o que me ajudou (G4).

[...] ajuda psicologicamente também, eu senti uma paz, uma coisa boa. Então tem que continuar sempre acontecendo para ajudar outras pessoas, outras gestantes (G5).

[...] na primeira gravidez que eu tive não teve esse encontro de grupos de gestantes para poder conversar, falar sobre o que a gente está sentindo e nessa agora já tive a oportunidade de vivenciar e eu gostei bastante [...] Os exercícios relaxam, deixa a consciência mais leve, aí o estresse vai embora, a gente consegue se concentrar (G6).

[...] é a minha primeira gestação que vivencio um grupo, tinha dias que eu chegava meio desanimada, e aí era bem legal. Então acho que tinha que continuar sempre, por que ajuda muita a gente aliviar alguns estresses, algumas dores né?! [...] Quando eu venho, eu não sei nem explicar direito, dá um alívio, me ajuda a respirar melhor, mexe bastante com o sentimento e o psicológico da gente, a gente acalma, bom pelo menos da minha parte né?! (Risos). E aí acalma, a gente consegue pensar direito (G8).

[...] é muito bom para as gestantes, as vezes algumas sofrem de ansiedade, de outra coisa, então ajuda bastante, principalmente para aquelas mulheres que não sabem de nada, que é a primeira gestação (G11).

Apresenta-se também as repercussões voltadas à saúde reprodutiva, destacando-se a obtenção de conhecimentos reprodutivos pela mulher, a desmistificação de práticas populares relacionadas ao ciclo gravídico puerperal, o fortalecimento da interação materna fetal, a adoção da prática de exercício corporal de forma mais habitual, além dos impactos positivos dos exercícios frente aos sintomas gravídicos e ao momento parturitivo.

As participantes revelaram a obtenção de conhecimentos reprodutivos por meio da orientação multiprofissional, os quais refletiram em mudanças comportamentais. Os conhecimentos compartilhados foram significativos tanto para mulheres nulíparas, quanto multíparas.

Nossa eu acho muito interessante, muito legal, porque a gente aprende bastante coisa e por mim eu acho que deveria continuar, porque aprende muito mesmo [...] (G2).

Foi muito bom, porque a gente vê necessidade, a gente precisa de conhecimento, e cada uma tem a sua área, então pelo menos para mim, por exemplo na sexta quando eu comecei a sentir dores, eu já me senti mais tranquila, não tive aquela necessidade de buscar ajuda desesperada, “aí meu Deus, quando senti a primeira dor tem que sair correndo”, além disso aprendi o modo de respirar correto (G3).

Foi bom porque as profissionais nos ensinaram como devemos fazer os exercícios, nos mostram como será a nossa gestação até o finalzinho, ensinando bastante coisa, nos mostrando como podemos agir (G4).

[...] eu nunca tive uma fisioterapeuta e foi divertido, a gente aprende algumas coisas, que mesmo eu já tendo outras gestações eu não sabia, então eu gostei (G7).

Foi bom, aprendi mais do que já sabia, porque quanto mais informação é melhor né?! E eu aprendi bastante coisa ein?! [...] então ajuda bastante, principalmente para aquelas mulheres que não sabem de nada, que é a primeira gestação (G11).

Com o fortalecimento da aquisição de conhecimentos reprodutivos, puderam também desmistificar práticas populares relacionadas ao ciclo gravídico puerperal, incitadas por familiares próximos, como a oferta de chás para bebês menores de seis meses de idade, considerando a prática da amamentação exclusiva nesse período.

Foi muito importante o grupo, porque tem muitas mulheres que tem muitas dúvidas, igual hoje sobre câimbras, amamentação, que nem sempre a gente tem essa assistência né?! Falaram também sobre não dar chá para o bebê e a minha sogra deu chá para os filhos delas e hoje aprendi que não pode (G10).

Quanto a interação materna fetal, as gestantes manifestaram uma conexão emocional com o bebê (mesmo este ainda em condição intrauterina) durante as atividades desenvolvidas nos grupos. Ressalta-se uma interlocução com a saúde mental e a importância dessa interação no processo reprodutivo e no bem estar de ambos.

[...] em alguns momentos a gente se conecta com os nossos bebês, então ajuda psicologicamente também, eu senti uma paz, uma coisa boa (G5).

[...] eu me senti bem, até nas horas que ficava com o olho fechado, o neném começava a pular (risos), a se mexer (G10).

As participantes também assumiram, majoritariamente, que adotaram a prática de exercícios de forma mais habitual e adaptada a sua rotina de vida, após a realização dos mesmos na atividade grupal, na ESF. A adoção está relacionada, principalmente, aos benefícios da prática para a saúde materna no ciclo gravídico puerperal.

Eu faço os exercícios principalmente à noite e está me ajudando bastante, é muito bom para gestantes. Então eu acho que essas ações deveriam sempre se manter, porque está ajudando bastante a gente, tem vezes que nem sabemos dessas coisas e é algo tão simples, que podemos fazer em casa e ajuda tanto a gente (G1).

Eu faço os exercícios lá em casa, do jeito que a gente faz aqui no posto eu tento fazer lá em casa, é bom que o corpo não fica preguiçoso com um exercício (G2).

[...] de manhã também faço os exercícios em casa, já importante para a volta depois da gestação, aprendi também a forma de se levantar da cama até para a proteção do próprio corpo (G3).

[...] eu faço os alongamentos em casa, principalmente nessa reta final, que estou com muita dor nas costas, a respiração está ruim, toda hora tenho que respirar profundo, aí eu faço sempre em casa, porque ajuda, relaxa a gente (G9).

Nesse sentido, as gestantes evidenciaram um impacto positivo dos exercícios para o alívio de sintomas gravídicos e para o posterior momento parturitivo, recomendando a prática dos mesmos.

[...] está me ajudando muito, eu não estava respirando bem, tinha falta de ar e os exercícios estão me ajudando bastante (G1).

[...] a gente sente muita dor nas costas, principalmente no final da gestação e elas (profissionais de saúde) vão ensinando os exercícios que ajudam [...] (G2).

Eu acho que ajuda bastante para a hora do parto, os exercícios que a gente faz deve ajudar muito a não “sofrer” na hora, eu recomendo muito a fazer (G6).

E por fim, diante as repercussões observadas, houve incentivo e recomendação da ação grupal durante o período gestacional, com incorporação da estratégia em outros contextos contemplados pela rede pública de saúde.

Então eu acho que toda a rede do SUS deveria ter esse tipo de atividade, deveria ter em mais lugares, durante a acompanhamento da gestação (G7).

Interpretação dos achados qualitativos com discussão conectada aos quantitativos

Na fase quantitativa, em síntese, foi possível identificar o perfil sociodemográfico das participantes, os DSS que constituem fatores de vulnerabilidade social das gestantes e avaliar a qualidade de vida delas antes e depois da participação nos grupos. A fase qualitativa permitiu ampliar a compreensão desses DSS que podem interferir na saúde mental e reprodutiva das gestantes e destacar as repercussões dos grupos na saúde mental e reprodutiva de mulheres em acompanhamento pré-natal nas unidades da ESF.

Os DSS que podem interferir na saúde mental e reprodutiva das gestantes foram apresentados em quatro dimensões qualitativas, sendo elas financeira-laboral, socioambiental, física-orgânica, afetiva-volitiva-relacional, organizadas a partir dos depoimentos empíricos manifestos por gestantes, diante suas experiências e vivências de vida e saúde.

O termo experiência utilizado historicamente por estudiosos diz respeito ao que o ser humano apreende no lugar que ocupa no mundo e nas ações que realiza. Por ser constitutiva da existência humana, a experiência alimenta a reflexão e se expressa na linguagem. Mas, a linguagem não traz a experiência pura, pois vem organizada pelo sujeito por meio da reflexão e da interpretação em um movimento em que o narrado e o vivido por si estão entranhados na e pela cultura. Já a vivência é produto da reflexão pessoal sobre a experiência. Embora a experiência possa ser a mesma para vários indivíduos (por exemplo, irmãos numa mesma família, pessoas que presenciam um fato, participantes de uma intervenção coletiva em saúde) a vivência de cada um sobre o mesmo episódio é única e depende de sua personalidade, de sua biografia e de sua participação na história (MINAYO, 2012).

Assim, com base na autora supracitada, as narrativas das gestantes aqui apresentadas são constituídas por um corpo de conhecimentos provenientes de suas experiências e vivências, as quais as direcionam nas várias ações e situações de vida e saúde. São formadas por opiniões, valores, crenças, modos de pensar, sentir, relacionar, agir e se expressa na linguagem, nas atitudes e nas condutas. Suas ações (humana e social) se dão a partir das condições que elas encontram em sua realidade. Desse modo, foi considerado suas singularidades, mas ressalta-se que as suas experiências e vivências ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que elas se inserem (MINAYO, 2012).

O primeiro aspecto a ser destacado, então, é a importância das relações e do contexto que constituem o objeto investigado em suas múltiplas determinações, permitindo a aproximação da essência e da totalidade do fenômeno estudado. A compreensão desses conceitos supracitados é significativa para a orientação teórico-epistemológica adotada, ao considerar a dialética dos processos que envolvem o fenômeno e a abertura para que as narrativas dos sujeitos (gestantes) fossem produzidas e valorizadas, ponderando que estas carregam um significado a partir de um processo de significação, do contexto de cada uma delas e de sua história.

A partir disso e ao apreciar que a saúde humana tem sido cada vez mais entendida como o produto de múltiplas e complexas interações, incluindo fatores biológicos, psicológicos e sociais, articula-se os achados desta investigação ao revelarem determinantes de vida e saúde de gestantes, em distintas dimensões. Infere-se que o acesso e usufruto de cuidados intersetoriais por gestantes são vitais para uma saúde equitativa e de qualidade, considerando suas necessidades e potencialidades de vida e saúde nas diferentes dimensões apresentadas.

Corroborando com a presente pesquisa, Carvalho (2013) diz que gênero, escolaridade, profissão/ocupação, renda, origem étnica, habitação de qualidade, água limpa e condições

sanitárias, estão intimamente ligados ao acesso, à experiência e aos benefícios dos cuidados de saúde. Ou seja, necessidades de diferentes dimensões também pode afetar a saúde e a possibilidade de trilhar uma vida próspera. As condições laborais, por exemplo, quando boas, podem assegurar estabilidade financeira, estatuto social, desenvolvimento pessoal, relações sociais, autoestima e ser fator protetivo psicossocial. De igual modo, segundo o autor, são essenciais territórios, comunidades e vizinhanças que assegurem o acesso a bens básicos, que sejam socialmente coesas, que promovam bem-estar físico e psicológico e que protejam o meio ambiente. Assim, para melhorar a condição de saúde de pessoas, grupos e populações, buscando reduzir iniquidades, é preciso que intervenções coordenadas e coerentes entre si sejam implementadas nos setores da sociedade que impactam nos determinantes estruturais. Outras prioridades sociais também ganham destaque nesse cenário, como o bem-estar, a educação, a coesão social, a preservação do meio ambiente e o desenvolvimento econômico.

Contemplando a estrutura conceitual dos DSS, referencial dessa investigação, é possível distinguir nas dimensões qualitativas os determinantes estruturais e intermediários e como eles podem repercutir na saúde mental e reprodutiva de gestantes, a partir dos depoimentos das mesmas. Dentre os estruturais, se destacou a posição socioeconômica e sua relação com renda e ocupação, tanto da gestante como de familiares. Ainda assim, entende-se enquanto pesquisadora que outros determinantes estruturais permeiam como “pano de fundo” de suas experiências e vivências, mesmo que não evidenciado de forma espontânea (manifestos pelas participantes), como por exemplo o gênero e o contexto macrossocial, discutidos adiante. Já os determinantes intermediários apareceram de forma mais explícita, sendo possível reconhecer nos depoimentos, sobretudo, fatores comportamentais, biológicos, psicossociais e aspectos do sistema de saúde.

A partir desses DDS, se faz uma articulação com os dados quantitativos, os quais indicaram na fase 1 do estudo os DSS estruturais e intermediários que são e/ou podem constituir fatores de vulnerabilidade social de gestantes, como identificados: a escolaridade, raça/cor, situação ocupacional, renda familiar, sistema de proteção social, condições de moradia e as redes de inserção social. Mesmo que as participantes tenham apontado com mais constância aspectos categorizados na dimensão afetiva-volitiva-relacional, a dimensão no eixo qualitativo que mais se mostrou articulada com alguns dos DSS supracitados, foi a “financeira-laboral”, sendo possível compreender como os DSS podem repercutir na vida e saúde das participantes. Foi expresso por elas aspectos da situação ocupacional, da renda familiar e do sistema de proteção social. Estes repercutiram, principalmente, na preocupação em fornecer uma condição financeira estrutural para a chegada do bebê e/ou para sustento de outros filhos.

Na literatura científica, encontra-se estudos que corroboram com o achado de que a preocupação financeira e a situação ocupacional são fatores estressores durante a vivência gestacional, podendo trazer impactos comportamentais e psicológicos. Por exemplo, o desemprego vivido pela gestante, seu cônjuge ou algum outro membro da família é um fator de risco para depressão na gestação, diante a preocupação do sustento familiar. Constata-se também que as gestantes que possuem um vínculo laboral são mais bem relacionadas socialmente do que as que não trabalham fora de casa (SILVA, CLAPIS, 2020; REZENDE et al., 2020). Reafirma-se, então, a importância de buscar contemplar as necessidades da dimensão financeira-laboral na assistência à saúde de gestantes, acionando redes intersetoriais.

Dentre os demais DSS evidenciados na fase quantitativa, a escolaridade e a raça/cor, apesar de se entender que são determinantes que estão entrelaçados ao contexto de vida e a forma como gestantes vivenciam e gerenciam à sua saúde mental e reprodutiva, não apareceram em destaque nos depoimentos. Foi possível fazer uma possível aproximação de aspectos da escolaridade frente às vivências nas fases da vida (ao cursar uma faculdade por exemplo) e as diferenças entre gestações das múltiparas. Além disso, pode estar relacionada a própria experiência educativa pela gestante no grupo desenvolvido durante o pré-natal nas unidades da ESF. As dificuldades extraídas e fragilidades de conhecimentos não foram manifestas necessariamente pela baixa escolaridade, na percepção delas, e sim pela nuliparidade, ou seja, por ser a primeira experiência reprodutiva para algumas mulheres.

O estudo de Rezende et al. (2020) comprovou que mulheres multigestas apresentam melhores escores, por exemplo, relacionados a fatores comportamentais se comparadas às primigestas. A gestante multigesta, nesse caso, identifica possíveis estressores vivenciados e reage de maneira mais ágil e assertiva. Os mesmos autores também identificaram que a variável raça está conexa ao fator saúde, como já discorrido na presente pesquisa.

As condições de moradia não receberam ênfase na fase qualitativa e as redes de inserção social apareceram de maneira a ampliar/modificar o achado anteriormente constatado, de fragilização dessas redes. Foi possível compreender alguns componentes da dimensão socioambiental, como as potencialidades do papel dos serviços de saúde, além de reforçar aspectos voltados à pandemia Covid-19 discutida anteriormente nos achados quantitativos; da dimensão afetiva-volitiva-relacional, como a existência da rede de apoio familiar e da crença religiosa, possivelmente direcionando ao fortalecimento de redes com instituições e/ou grupos religiosos. Também foi perceptível que dificilmente apareceu aspectos de lazer e cultura nos depoimentos das participantes, confirmando o achado quantitativo de que a totalidade de

gestantes referiram que o bairro onde vivem não há locais voltados à cultura (cinema, teatro, música, etc.), algo negativo e que necessitava melhorar na perspectiva delas.

Maffei, Menezes e Crepaldi (2019) apresentam que a rede de inserção social é um importante fator de proteção na gravidez, seja institucional representada pelos serviços de saúde, ou a familiar, religiosa e comunitária, como apontado, confirmando então, a essencialidade dessas redes à saúde reprodutiva e mental de gestantes.

Em relação às repercussões dos grupos na saúde mental e reprodutiva das participantes, os achados também complementam os dados quantitativos, revelando efeitos positivos, de forma gradativa, da ação coletiva desenvolvida, sendo as atividades incentivadas pelas participantes a outros contextos e serviços semelhantes na rede pública de saúde.

Quanto ao processo adaptativo da participação das gestantes nos grupos, percebeu-se que as nulíparas tiveram um envolvimento mais gradual, por ser a primeira experiência reprodutiva. Silva, Pereira e Rodrigues (2021) corroboram que mulheres multíparas apresentam mais comportamentos de orientação social positiva e que o desenvolvimento da maternagem e seus aspectos relacionados realmente abrange um processo de aprendizagem.

No que se refere as repercussões das ações desenvolvidas nos grupos de gestantes para à saúde mental das mesmas, em específico, percebeu-se sobretudo, um fortalecimento psicossocial, aumentando a confiança das mulheres em relatarem qualquer acometimento de sua saúde mental.

Nessa perspectiva é preciso reforçar que os profissionais de saúde necessitam estar preparados para identificar fatores que aumentam as chances para o adoecimento mental de gestantes, ampliando a sua habilidade/competência para o cuidado em saúde mental e, em consequência, a oferta de ações mais assertivas no processo de assistência (GUIMARÃES et al., 2019). Souza e Andrade (2022) também afirmam que a identificação de fatores que podem gerar ansiedade no pré-natal, por exemplo, pode contribuir para estratégias de intervenção durante o atendimento em saúde.

Segundo Saraceno (2021), dentre os fatores/vulnerabilidades psicossociais que aumentam o risco de algumas patologias mentais estão: a exposição à violência e abuso na infância/adolescência, situação socioeconômica desfavorecida, baixo nível de educação, desemprego, estresse no local de trabalho, exposição à discriminação social, às desigualdades de gênero, à migração.

Infere-se, então, que ação coletiva desenvolvida se tornou um espaço oportuno de acolhimento, apoio emocional e de abertura de um processo de identificação desses fatores, mitigando a ansiedade e o estresse das participantes, como relatado pelas mesmas.

Sustenta-se que o apoio emocional se constitui como uma maneira com que as pessoas estabelecem suas relações. A disponibilidade do outro de escuta, atitudes empáticas, preocupação com os sentimentos e anseios, pode se configurar como importante estratégia de promoção à saúde. Nessa perspectiva, encoraja-se que as intervenções em saúde possam incorporar práticas que envolvam tais posturas, diante os reflexos positivos à saúde materna (MAFFEI; MENEZES; CREPALDI, 2019).

O acolhimento, conforme Ramos (2021), contempla o recebimento de diversas demandas do sujeito, seja de sofrimento físico e/ou psíquico, a fim de produzir vínculos e referência de cuidado. Ou seja, as necessidades individuais precisam ser recebidas como legítimas de modo a gerar o sentimento de pertencimento da pessoa com a unidade e a responsabilização com a resolutividade dessas necessidades. Para isso, o autor explica que o acolhimento inclusivo necessita ter potencialidade técnica para avaliação e classificação de riscos e vulnerabilidades individuais, coletivas e sociais, fortalecendo a equidade, o acesso de grupos estigmatizados ou invisibilizados socialmente, em extrema vulnerabilidade.

Assim, frente a saúde mental, também se faz necessário a ponderação de macrodeterminantes, fundamentada em políticas de saúde que considerem as desigualdades sociais existentes, e os direitos de pessoas e comunidades em usufruir de melhores condições de saúde, lazer, cultura, segurança e participação social, as quais podem impactar na saúde mental (FANTACINI; FIORATI, 2021). Ballester (2021) confirma que os DSS, como renda, educação, nutrição, higiene, habitação, abastecimento de água e saneamento, exposição à violência, dentre outros, irão influenciar no acometimento aos transtornos mentais, que devem ser considerados em sua complexidade.

Contudo, isto é um desafio aos que executam as políticas públicas, pois o paradigma inerente a essas políticas é o da fragmentação e de divisão de responsabilidades, dificultando a integração de ações, saberes e esforços de diferentes setores a fim de estabelecer pontos comuns de intervenção (MELARA et al., 2021). Estes autores enfatizam (p.112) que “não há como dissociar o processo de adoecimento psíquico do contexto social, histórico, político, econômico e cultural de cada sujeito em sua singularidade”.

De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (2020) é imprescindível, ainda, à implementação de uma Rede de Atenção Integral em Saúde Mental que efetivamente acolha às necessidades das pessoas nos diferentes níveis de assistência em saúde, ansiando por instituições e equipes de intervenção qualificados para atuar na promoção, prevenção, atenção e reabilitação da saúde mental. E quando se trata desta rede, há um consenso sobre a importância de sua organização de maneira integrada e articulada, em contraponto aos serviços hospitalares

isolados e fragmentados, especialmente no campo da saúde mental, sendo esta uma luta secular no país (GUIMARÃES et al., 2021).

Por fim, Melara et al. (2021) afirmam que há pouca literatura ao que se refere à promoção da saúde mental em grupos de gestantes. Evidencia-se, segundo os autores, um despreparo por muitos profissionais, os quais focam na abordagem da depressão pós parto. Entretanto, existem outras situações ameaçadoras ao bem estar psicossocial de gestantes e puérperas que devem ser contempladas durante o ciclo gravídico puerperal. Essa constatação reafirma a significância da presente pesquisa.

Em relação as repercussões dos grupos na saúde reprodutiva de gestantes acompanhadas no pré-natal de baixo risco, destaca-se os benefícios ao comportamento informacional e atitudinal das participantes, sendo possível discutir três aspectos norteadores: o de obtenção e/ou ampliação de conhecimentos agregando a desmitificação de práticas populares; o de fortalecimento do vínculo materno fetal e o de aquisição/incorporação de novas práticas físicas-corporais, para minimizar sintomas gravídicos e para o preparo da parturição.

No contexto de ações coletivas é possível encorajar mulheres a explanarem sobre as suas experiências e vivências, compartilhando dúvidas e aprendizados. O ambiente de diálogo, permite assim, a disseminação de informações, além do encorajamento à participação da rede de apoio (RIBEIRO et al., 2020). O vínculo materno fetal é um aspecto que também precisa ser considerado em articulação com a saúde mental da gestante, seu processo de aceitação gravídica e de seu novo papel, de se tornar mãe (LUCENA, OTTATI, CUNHA, 2019). Quanto a prática de exercícios físicos é uma das formas de melhorar a qualidade de vida e a saúde materna. Estimular a adoção de estilo de vida saudável deve ser parte da orientação profissional às gestantes, diante os comprovados benefícios dos exercícios para a gestação, diminuindo os impactos das alterações fisiológicas e psicossociais inerentes ao período gravídico (ARAÚJO et al., 2022).

Destaca-se aqui, considerando os depoimentos das gestantes no que se refere, em específico, aos exercícios físicos aprendidos e exercitados no grupo e seus benefícios originados, que apesar da dimensão física do WHOQOL-bref (etapa quantitativa) ter apontado os níveis mais baixos de satisfação das mulheres em relação a sua qualidade de vida, percebe-se na fase qualitativa a confirmação de que houve repercussões positivas das ações desenvolvidas para a saúde física materna.

De forma geral, na saúde reprodutiva, cabe dizer, que as ações puderem contribuir para fortalecer algumas condições que gestantes possuem/encontram para adotarem suas decisões

reprodutivas. Entretanto, buscando contemplar uma discussão mais ampliada, nesse contexto é importante articular o conceito de justiça reprodutiva.

Segundo Brandão e Cabral (2021), a justiça reprodutiva reconhece a necessidade de associar a saúde reprodutiva a outros aspectos de justiça social, como injustiça econômica, de bem-estar, moradia, ambiente, políticas públicas, etc. Os autores entendem que o prisma da interseccionalidade acompanhado da noção de justiça reprodutiva, são fortes estratégias de pensar e propor intervenções comprometidas com os direitos humanos e com a busca pela equidade social. Sobretudo, para mulheres submetidas a sistemas de exclusão sobrepostos (seja pelo gênero, raça, idade, nacionalidade, etnia, orientação sexual e/ou deficiências). Para além disso, afirmam que é preciso a atuação efetiva do Estado brasileiro de amparo e proteção às mulheres, reconhecendo os múltiplos processos de produção de desigualdades sociais, além de garantir políticas e ações públicas de enfrentamento as disparidades produzidas socialmente.

Conforme Crenshaw (2002), a interseccionalidade supracitada, busca entender as implicações estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ou seja, a maneira pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades na vida de mulheres, além da forma como ações e políticas específicas provocam opressões frente a tais eixos, consequentemente o desempoderamento. Na saúde reprodutiva, um exemplo disso é a violência obstétrica e as vulnerabilidades interseccionais nesse contexto.

Portanto, ao se pensar em determinantes e condicionantes à saúde reprodutiva, a abordagem da justiça reprodutiva, contemplando a interseccionalidade, se apresenta como um denominador comum para mitigar as iniquidades em saúde reprodutiva.

Para finalizar, é necessário enfatizar ainda nessa discussão, a crítica a modelos epidemiológicos convencionais, apresentados como instrumentos do projeto de dominação biomédica. Nessa perspectiva, questiona-se os critérios de objetividade adotados pela investigação epidemiológica, que toma os fatos de saúde-doença como essencialmente “coisas biológicas”, pois esse processo resulta da dialética multifatorial. As experiências subjetivas formam-se a partir de representações culturais sobre a subjetividade, o corpo, o mundo e a vida, criadoras dos significados que se expressam por meio de narrativas individuais, como já mencionado. Daí a necessidade de avaliar a experiência de vida e saúde e a rede de significações culturais. Considerando a natureza complexa, subjetiva e contextual da relação entre saúde-doença e processos constituintes das iniquidades sociais, é preciso avançar da clássica abordagem de fatores de risco por “modelos de vulnerabilidade”, mais sensíveis às

especificidades simbólicas e ao caráter interativo da relação entre os sujeitos humanos e seu meio (ambiente, cultural e sócio histórico) (ALMEIDA-FILHO, 2004).

Então, diante os achados dessa investigação em intersecção com a matriz heurística construída e apresentada anteriormente, sobre riscos e vulnerabilidades a serem avaliados na assistência à saúde de gestantes, é possível constatar que os determinantes evidenciados por essa pesquisa estão contemplados na matriz, reforçando a importância da abordagem do contexto social, gestacional, individual, familiar e dos serviços de saúde no cuidado à saúde de mulheres no ciclo gravídico puerperal.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa investigação permitiu identificar o perfil sociodemográfico de gestantes e a partir deste evidenciar os determinantes estruturais e intermediários da saúde, os quais são e/ou podem constituir fatores de vulnerabilidade social de gestantes. Entre eles destacou-se a raça/cor, escolaridade, situação ocupacional, renda familiar, sistema de proteção social, condições de moradia e as redes de inserção social.

Quanto a qualidade de vida de gestantes que participaram da intervenção grupal e foram acompanhadas nesse estudo, identificou-se que os melhores níveis de satisfação de sua qualidade de vida foram provenientes dos domínios psicológico e das relações sociais, existindo um aumento percentual dos escores na etapa após os grupos de gestantes. Os níveis mais baixos de satisfação foram derivados do domínio físico. Em relação ao domínio meio ambiente, mesmo que tenha sido evidenciado um aumento percentual da classificação da qualidade de vida “boa”, depois dos grupos, a maioria das participantes ainda perceberam a sua qualidade de vida como “regular”. Mesmo assim, foi possível verificar efeitos positivos da intervenção grupal na qualidade de vida de gestantes assistidas por equipes da ESF.

Os achados qualitativos permitiram ampliar a compreensão dos DSS que podem interferir na saúde mental e reprodutiva das gestantes, reconhecidos em quatro dimensões analíticas, além das repercussões dos grupos na saúde mental e reprodutiva das mesmas.

A primeira dimensão, a financeira-laboral evidenciou, sobretudo, os anseios e preocupações de gestantes em fornecer uma condição estrutural para o nascimento do bebê, os impactos emocionais relacionados a situação financeira, o apoio financeiro ofertado pela família e o recebimento de benefícios sociais vinculados a programas assistenciais do governo como única fonte de renda para algumas delas. A segunda, socioambiental, deu ênfase para o contexto da pandemia da Covid-19 e para a importância dos serviços de saúde no cuidado às gestantes. A dimensão física-orgânica discorreu sobre sintomas gravídicos, histórico reprodutivo anterior desfavorável, além de preocupações e adaptações de gestantes diante a patologias e/ou alterações corporais. Por fim, a afetiva-volitiva-relacional indicou as alterações emocionais de gestantes, seus sentimentos, anseios, preocupações e incertezas frente ao ciclo gravídico puerperal, além de aspectos voltados à religiosidade, a existência da rede de apoio informal (especialmente a familiar) e a significância do núcleo familiar fortalecido para a vivência emocional durante o período reprodutivo. Quanto as repercussões dos grupos na saúde mental e reprodutiva de gestantes, destacou-se o fortalecimento psicossocial e os benefícios ao comportamento informacional e atitudinal das participantes.

Em síntese, a proposta dessa investigação buscou contribuir com o avanço da discussão sobre os DSS de gestantes em acompanhamento pré-natal de baixo risco. Especialmente, porque

ainda existem contextos assistenciais fragilizados, marcados pela não consideração dos DSS no cuidado à saúde mental e reprodutiva, pela banalização das escolhas de gestantes, principalmente aquelas mais vulneráveis e não situadas social e relacionalmente, limitando o seu poder decisório frente à sua saúde mental e reprodutiva e a outras situações de vida.

Conclui-se que foi possível confirmar o pressuposto do estudo de que grupos de gestantes, como terapêutica integrativa ao pré-natal, pode colaborar na abordagem e entendimento dos DSS que geram efeitos negativos na saúde mental e reprodutiva de gestantes. Assim, recomenda-se que a ação coletiva com apreciação dos DSS e da qualidade de vida de gestantes seja implementada na rotina de cuidados à saúde mental e reprodutiva, principalmente em contextos assistenciais fragilizados. Pois, é essencial investir na construção de projetos de saúde que tem como base o cotidiano de vida das pessoas e em apostas que gerem cuidados singulares, ampliando práticas predominantemente biomédicas.

Compreende-se que também é necessário a efetivação de outras estratégias intersetoriais, a promoção da cultura e do lazer, além do incentivo a políticas e programas públicos que acolham e intervenham sobre as necessidades de pessoas e comunidades de maneira participativa, interventiva, equitativa e emancipatória. Problematizando, como dito, esse contexto macrossocial, apoiando estratégias e políticas públicas que busquem por melhores arranjos econômicos e sociais e pelo fortalecimento da coesão social, a fim de garantir uma boa qualidade de vida à indivíduos, grupos e populações e de almejar a equidade em saúde.

Enquanto limitação do estudo, aponta-se o baixo quantitativo de participantes que compuseram a amostra final para a avaliação da qualidade de vida de gestantes, dificultando a generalização dos resultados dessa etapa da pesquisa. Incentiva-se a realização de novas investigações que contemplem tal limitação e que considerem a abordagem dos DSS de mulheres durante o ciclo gravídico puerperal.

REFERÊNCIAS

ALLEN, D.; FEINBERG, E.; MITCHELL, C. Bringing Life Course Home: a Pilot to Reduce Pregnancy Risk Through Housing Access and Family Support. **Maternal and Child Health Journal**, v.18, n. 2, p. 405-412, 2014. DOI: 10.1007 / s10995-013-1327-5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23820672/>. Acesso em: 09 fevereiro 2022.

ALMEIDA-FILHO, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 865-884, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nnM5F8bTMpzmkj7RGs5xvFF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 junho 2021.

ALMEIDA, M. A. B; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa**. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades. – EACH/USP, 2012. 142p.

ALVES, A. A. M.; RODRIGUES, N. F. R. Determinantes sociais e econômicos da Saúde Mental. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 127-131, 2010. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/98901/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202010%20-%20v28n2a02%20-%20p127-131.pdf>. Acesso em: 04 junho 2021.

ARAÚJO, G. B. et al. Efetividade dos programas de exercícios físicos sobre as respostas cardiorrespiratórias em mulheres no período gestacional e pós parto. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, e47311125309, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i1.25309>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25309>. Acesso em: 26 julho 2022.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil**, 2020. Disponível em: <https://www.polbr.med.br/2021/07/06/diretrizes-para-um-modelo-de-atencao-integral-em-saude-mental-no-brasil/>. Acesso em: 27 julho 2022.

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde Social**, v. 18, s. 2, p. 11-22, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QZX9gH7KmdDvBpfDBSdRVFP/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 04 junho 2021.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.

BALLESTER, D. A. P. Identificação de problemas e transtornos mentais na atenção básica. In: GARCIA, L. G.; BARBOSA, J. D. L. (Orgs.). **Saúde mental: abordagens e estratégias para a promoção do cuidado**. 2. ed. Palmas: EDUFT, 2021. p. 152-168.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BENINCASA, M. et al. O pré-natal psicológico como um modelo de assistência durante a gestação. **Revista SBPH**, v. 22, n.1, p. 238-257, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000100013. Acesso em: 18 janeiro 2022.

BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. S. Justiça reprodutiva e gênero: desafios teórico-políticos acirrados pela pandemia de Covid-19 no Brasil. **Interface** (Botucatu), v. 25, supl. 1: e200762, p. 1-16, 2021; DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200762>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/PrkQZTHQFkMYVQQLHJxKPNF/?lang=pt>. Acesso em: 12 de janeiro 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios**: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília - DF, 2015. 44 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf. Acesso em: 09 fevereiro 2022.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Ações Afirmativas. **Racismo como determinante social de saúde**. Brasília - DF, 2011. 16 p. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/igualdade-racial/racismo-como-determinante-social-de-saude>. Acesso em: 09 fevereiro 2022.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p.77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 junho 2021.

CARTAXO, M. F. S. et al. Social determinants of health associated with topical repellent use in pregnancy: a cross-sectional study during a Zika outbreak in Brazil. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 113, n. 2, p. 65-73, 2019. DOI: doi: 10.1093/trstmh/try114. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30412231/>. Acesso em: 09 fevereiro 2022.

CARVALHO, A. I. **Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde**. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 2. p. 19-38, 2013. ISBN 978-85-8110-016-6.

CASTRO, A., SAVAGE, V. Obstetric violence as reproductive governance in the Dominican Republic. **Medical Anthropology**, v. 38, n. 2, p. 123-136, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1512984>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01459740.2018.1512984>. Acesso em: 24 junho 2020.

CASTRO, D. F A. de; FRACOLLI, L. A. Qualidade de vida e promoção da saúde: em foco as gestantes. **O Mundo da Saúde**, v. 37, n. 2, p. 159-165, 2013. DOI: 10.15343/0104-7809.2013372159165. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/436>. Acesso em: 13 janeiro 2022.

CHAGAS, J. M. **Correlação entre a incapacidade funcional relacionada a dor lombar e a qualidade de vida em gestantes**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia). Universidade Federal de Uberlândia, 2017.

CHAVES, J. H. B. et al. A interrupção da gravidez na adolescência: aspectos epidemiológicos numa maternidade pública no nordeste do Brasil. **Saúde & Sociedade**, v. 21, n. 1, p. 246-256, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000100023>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/fX6Hrmrvf4GLvTzBmsLqWSy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 09 fevereiro 2022.

CHIESA, A. M. et al. Possibilidades do WHOQOL-bref para a promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, esp. 2, p. 1743-1747, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reensp/a/VzVYTgbJQ3pxfSzL83sdYBC/?lang=pt>. Acesso em: 24 janeiro 2022.

CONCEIÇÃO, H. N. et al. Educação em saúde com grupos de gestantes na atenção primária: um relato de experiência. **Ciências e Saberes**, v. 5, n. 1, 2020. Disponível em: <https://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/569>. Acesso em: 17 janeiro 2022.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Estudos Feministas**, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/mbTpP4SFXPnJZ397j8fSBQQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 janeiro 2022.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de métodos mistos**. 2. ed. São Paulo: Penso, 2011.

CRISÓSTOMO, B. S. et al. Determinantes sociais da saúde e o uso de drogas psicoativas na gestação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, eAPE0340345, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO0340345>. Disponível em: <https://acta-ape.org/en/article/social-determinants-of-health-and-psychoactive-drug-use-in-pregnancy/>. Acesso em: 16 setembro 2022.

CSDH. World Health Organization. **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health**. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, 2008.

DIAS, S.; GAMA, A. Investigação participativa baseada na comunidade em saúde pública: potencialidades e desafios. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 35, n. 2, p.150-154, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2014.v35n2/150-154/pt>. Acesso em: 08 fevereiro 2022.

DULE, A.; HAJURE, M.; MOHAMMEDHUSSEIN, M.; ABDU, Z. Health-related quality of life among Ethiopian pregnant women during COVID-19 pandemic. **Brain Behav.**, v. 11, e02045, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1002/brb3.2045>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/brb3.2045>. Acesso em: 21 julho 2022.

ESPOSTI, C. et al. Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. **Saúde &**

Sociedade, v. 24, n. 3, p. 765-779, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015127606>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/zHDcSThr6GhsVkdJxhW6L5m/?lang=pt>. Acesso em: 09 fevereiro 2022.

FANTACINI, C. M. F.; FIORATI, R. C. A influência dos determinantes sociais na saúde mental do idoso na percepção da qualidade de vida (QV). **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 23, n. 3, p. 339-361, 2021. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23i3p339-361%20>. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/44525>. Acesso em: 26 julho 2022.

FIGUEIREDO, N. S. V. et al. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. **HU Revista**, v. 36, n. 4, p. 296-306, 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/1146/460>. Acesso em: 09 fevereiro 2022.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 30 setembro 2020.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012. Acesso em: 30 setembro 2020.

FLORES, Y. Y. R. et al. Social construction of obstetric violence of Tenek and Nahuatl women in Mexico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, e. 03464, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018028603464>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100464&tlng=es. Acesso em: 24 junho 2020.

FRAGA, A. C. **Fatores associados ao ganho de peso gestacional em uma amostra de gestantes no município do Rio de Janeiro, 2008**. 2012. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

FRANCO, R. V. A. B. et al. Pré-natal realizado por equipe multiprofissional da atenção primária à saúde. **Cadernos ESP - Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará**, v. 14, n. 1, p. 63- 70, 2020. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/247>. Acesso em: 19 setembro 2022.

GADELHA, I. P. et al. Determinantes sociais da saúde de gestantes acompanhadas no pré-natal de alto risco. **Revista Rene**, v. 21, e42198, 2020. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202142198>. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/49983>. Acesso em: 29 outubro 2020.

GUIMARÃES, M. S. A. et al. Sistema Único de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Rede de Atenção Psicossocial: perspectivas para o cuidado integral em saúde mental. In: GARCIA, L.

G.; BARBOSA, J. D. L. (Orgs.). **Saúde mental: abordagens e estratégias para a promoção do cuidado**. 2. ed. Palmas: EDUFT, 2021. p. 12-41.

GUIMARÃES, F. J. et al. Enfermedad mental en mujeres embarazadas. **Enfermería Global**, v. 18, n. 1, p. 499-534, 2019. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.18.1.328331/255821>. Acesso em: 26 julho 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil**. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 41, 2019. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf. Acesso em: 09 fevereiro 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 43, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101760.pdf>. Acesso em: 09 fevereiro 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 44, 2021. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101892.pdf>. Acesso em: 09 fevereiro 2022.

IWANOWICZ-PALUS, G.; ZARAJCZYK, M.; BIEN, A. The relationship between health-related quality of life, acceptance of illness and characteristics of pregnant women with hyperglycemia. **Health Qual Life Outcomes**, v. 18, n. 325, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01582-y>. Disponível em: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-020-01582-y>. Acesso em: 17 janeiro 2022.

JARDIM, D. M. B.; MODENA, C. M. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 26, e. 3069, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692018000100613&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 24 junho 2020.

JIKAMO, B. et al. Cultural adaptation and validation of the Sidamic version of the World Health Organization Quality-of-Life-Bref Scale measuring the quality of life of women with severe preeclampsia in southern Ethiopia, 2020. **Health Qual Life Outcomes**, v. 19, n. 239, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01872-z>. Disponível em: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-021-01872-z>. Acesso em: 17 janeiro 2022.

JOJOA-TOBAR, E. et al. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. **Salud**, v. 51, n. 2, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>. Disponível em: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/9537/9335>. Acesso em: 24 junho 2020.

KANG, A. W.; PEARLSTEIN, T. B.; SHARKEY, K. M. Changes in quality of life and sleep across the perinatal period in women with mood disorders. **Quality of Life Research**, v. 29, p. 1767–1774 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02437-1>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11136-020-02437-1>. Acesso em: 17 janeiro 2022.

KATZ, J. et al. Material Hardship and Mental Health Symptoms Among a Predominantly Low Income Sample of Pregnant Women Seeking Prenatal Care. **Maternal and Child Health Journal**, v. 22, n. 9, p. 1360-1367, 2018. DOI: 10.1007/s10995-018-2518-x. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6077090/>. Acesso em: 09 fevereiro 2022.

KUMAR, N. R. et al. Characterizing Social Determinants of Health for Adolescent Mothers during the Prenatal and Postpartum Periods. **Women's Health Issues**, v. 27, n. 5, p. 565-572, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2017.03.009>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1049386716301670>. Acesso em: 09 fevereiro 2022.

LANSKY, S. et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 2811-2823, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232019000802811&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 24 junho 2020.

LIMA, M. O. P.; TSUNECHIRO, M. A.; BONADIO, I. C.; MURATA M. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 39-46, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700007>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000100039&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 24 junho 2020.

LUCENA, A. S.; OTTATI, F.; CUNHA, F. A. O apego materno-fetal nos diferentes trimestres da gestação. **Psicología para América Latina**, n. 31, p. 13-24, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2019000100003. Acesso em: 27 julho 2022.

MAFFEI, B., MENEZES, M., CREPALDI, M. A. Rede social significativa no processo gestacional: uma revisão integrativa. **Revista SBPH**, v. 22, n. 1, 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v22n1/v22n1a12>. Acesso em: 20 setembro 2022.

MANDÚ, E. N. T.; SANTOS, N. C. dos; CORRÊA, A. C. P. Problemas e necessidades no campo da saúde reprodutiva. In: MANDÚ, E. N. T. (org.). **Saúde Reprodutiva: abordagens para o trabalho de enfermeiros (as) em atenção básica**. Cuiabá: EdUFMT, 2006. p. 41-61.

MARQUESIM, Q. N. A. **Qualidade de vida, ansiedade e depressão em gestantes diabéticas ou com hiperglicemia leve**. 2013. Dissertação (Mestrado - Ginecologia Obstetrícia e Mastologia). Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2013.

MELARA, M. et al. Tecendo a Raps em municípios de pequeno porte. In: GARCIA, L. G.; BARBOSA, J. D. L. (Orgs.). **Saúde mental: abordagens e estratégias para a promoção do cuidado**. 2. ed. Palmas: EDUFT, 2021. p. 96-132.

MELO, L. P.; OLIVEIRA, A. L. O. Viver através de projetos de saúde: práticas de educação em saúde no Brasil. **Educação & Realidade**, v. 42, n. 3, p. 961-980, 2017. DOI: 10.1590/2175-623656335. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2175-62362017005004101&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 26 julho 2022.

MESENBURG, M. A. et al. Disrespect and Abuse of Women During the Process of Childbirth in the 2015 Pelotas Birth Cohort. **Reproductive Health**, v. 15, n. 1, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0495-6>. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-018-0495-6>. Acesso em: 24 junho 2020.

MIHRET, M. S. Obstetric violence and its associated factors among postnatal women in a Specialized Comprehensive Hospital, Amhara Region, Northwest Ethiopia. **BMC Research Notes**, v. 12, n. 600, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4614-4>. Disponível em: <https://bmcresearchnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-019-4614-4>. Acesso em: 24 junho 2020.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMff/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 julho 2022.

MONTEIRO, K. A. et al. Evidências de sintomatologia depressiva no pós-parto imediato. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 4, p. 379-388, 2018. DOI: <https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2018v22n4.33808>. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/33808-12>. Acesso em: 24 junho 2020.

NASCIMENTO, S. L. et al. Conocimiento y vivencias de violencia obstetrica en mujeres que han vivido la experiencia del parto. **Revista electrónica Enfermería Actual en Costa Rica**, n. 37, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0ino.37.35264>. Disponível em: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-45682019000200066&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 24 junho 2020.

NUNES, G. P. et al. Grupo de gestantes como ferramenta de instrumentalização e potencialização do cuidado. **Cidadania em Ação**, v. 1, n.1, p. 77-90, 2017. Disponível em: <https://revistas.udesc.br/index.php/cidadaniaemacao/article/view/10932>. Acesso em: 17 janeiro 2022.

OLIVEIRA, M. C. C. et al. Vivências de violência obstétrica experimentadas por parturientes. **ABCS Health Sciences**, v. 44, n. 2, p. 114-119, 2019. DOI: <https://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v44i2.1188>. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/1188>. Acesso em: 24 junho 2020.

- OLIVEIRA, M. C., MERCES, M. C. das. Percepções sobre violências obstétricas na ótica de puérperas. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, supl. 6, p. 2483-2489, 2017. DOI: 10.5205/reuol.9799-86079-1-RV.1106sup201701. Disponível em: file:///D:/Downloads/23415-45515-1-PB%20(1).pdf. Acesso em: 04 junho 2021.
- OLIVEIRA, M. R. R. de, ELIAS, E. A., OLIVEIRA S. R. de. Women and delivery: meanings of violence and the obstetric nursing approach. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 14, e. 243996, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.243996>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/243996>. Acesso em: 24 junho 2020.
- PÁEZ, F. et al. Efecto de las barreras de acceso sobre la asistencia a citas de programa de control prenatal y desenlaces perinatales. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, v. 13, n. 27, p. 212-227, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a13.pdf>. Acesso em: 09 fevereiro 2022.
- PALMA, C. C.; DONELLI, T. M. S. Violência obstétrica em mulheres brasileiras. **Revista PSICO Porto Alegre**, v. 48, n. 3, p. 216-230, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2017.3.25161>. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/25161>. Acesso em: 24 junho 2020.
- PANTZARTZIS, K. A. et al. Gestational diabetes mellitus and quality of life during the third trimester of pregnancy. **Quality of Life Research**, v. 28, p. 1349 -1354, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11136-018-2090-2>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11136-018-2090-2>. Acesso em: 17 janeiro 2022.
- PORTO, M. F. S. **Uma ecologia política dos riscos: princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 248 p.
- RAMOS, C. G. M. Acolhimento. In: GARCIA, L. G.; BARBOSA, J. D. L. (Orgs.). **Saúde mental: abordagens e estratégias para a promoção do cuidado**. 2. ed. Palmas: EDUFT, 2021. p. 133-151.
- RAMOS, T. C. S. et al. Redes sociais de gestantes de risco habitual na Atenção Primária à Saúde: a influência das relações no cuidado pré-natal. **Journal of Management and Primary Health Care**, v. 12, e. 29, 2020. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.994>. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/994/911>. Acesso em: 18 janeiro 2022.
- REIS, T. L. R. et al. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 1, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64677>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n1/0102-6933-rgenf-1983-144720170164677.pdf>. Acesso em: 24 junho 2020.
- REZENDE, C. L. et al. Qualidade de vida e estratégias de Coping de gestantes de alto risco e risco habitual. **Diversitas**, v. 17, n. 1, 2020. DOI: <https://doi.org/10.15332/22563067.6542>. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1794-99982021000100213. Acesso em: 20 setembro 2022.

RIBEIRO, J. P. et al. Atividades de educação em saúde ofertadas à gestantes e puérperas em um hospital de ensino. **Expressa Extensão**, v. 25, n. 2, p. 154-167, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/expressaextensao/article/view/18202>. Acesso em: 26 julho 2022.

ROCHA, C. G. G. et al. Determinantes sociais da saúde na consulta de enfermagem do pré-natal. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 13, n. 241571, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5205/19818963.2019.241571>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/241571>. Acesso em: 29 outubro 2020.

ROCHA, M. J.; GRISI, E. P. Violência obstétrica e suas influências na vida de mulheres que vivenciaram essa realidade. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 11, n. 38, 2017. DOI: <https://doi.org/10.14295/idonline.v11i38.931>. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/931/0>. Acesso em: 04 junho 2021.

SANDIM, N. F. C. **Nível do conhecimento das mulheres acerca da violência obstétrica**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia). Centro Universitário de Brasília, Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, 2017.

SARACENO, B. **Determinantes sociais da saúde mental na pandemia**, 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=VFFqutxcjRo>. Acesso em: 27 julho 2022.

SCHUMACHER, L. M. et al. Relação da qualidade de vida com dados sociodemográficos e nutricionais de gestantes e puérperas. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 33:10571, p. 1-12, 2020. DOI: 10.5020/18061230.2020.10571. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/10571>. Acesso em: 18 janeiro 2022.

SILVA, F. C. et al. The knowledge of puerperal women on obstetric violence. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 13, e. 242100, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242100>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/242100>. Acesso em: 24 junho 2020.

SILVA, M. M. J.; CLAPIS, M. J. Percepção das gestantes acerca dos fatores de risco para depressão na gravidez. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, e.1328, 2020. DOI: 10.5935/1415-2762.20200065. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1328.pdf>. Acesso em: 20 setembro 2022.

SILVA, M. G.; PEREIRA, V. A.; RODRIGUES, O. M. P. R. Investigações sobre a Maternagem: comparando mães multíparas e primíparas na interação mãe-bebê. **Pensando Famílias**, v. 25, n. 2, p. 224-238, 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2021000200016#:~:text=Os%20autores%20identificaram%20tr%C3%AAs%20padr%C3%B5es,apresentaram%20o%20Padr%C3%A3o%20Socialmente%20Positivo. Acesso em: 26 julho 2022.

SIMÕES, C. F.; AMARAL, S. C. S. A relação entre a escolaridade e a pobreza: uma análise das políticas para democratização do acesso ao ensino superior no Brasil. **Revista Brasileira de Ensino Superior**, v. 4, n. 2, p. 21-43, 2018. Disponível em:

<https://seer.imed.edu.br/index.php/REBES/article/view/2392/2298>. Acesso em: 09 fevereiro 2022.

SOLAR, O., IRWIN, A. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva, 2010.

SOUZA, B. M. S.; ANDRADE, J. Saúde mental das gestantes: a importância da assistência de enfermagem. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 5, e48711528493, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28493>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28493>. Acesso em: 26 julho 2022.

SOUZA, K. J.; RATTNER, D., GUBERT, M. B. Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006549>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100259&lng=en&tlng=en. Acesso em: 24 junho 2020.

SOUZA, L. B.; FIORATI, R. C. **A condição de vida de famílias em vulnerabilidade social e sua potencial relação com a saúde mental e o desempenho ocupacional escolar de crianças e adolescentes**. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências). Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2017.

SOUSA, P. K. R. da; MIRANDA, K. C. L.; FRANCO, A. C. Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 2, p. 381-384, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rjnTSzgdQWTrJm9dVpHYnm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 junho 2021.

STEEN, M.; FRANCISCO, A. A. Maternal Mental Health and Wellbeing. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 4, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900049>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000400001&tlng=pt. Acesso em: 24 junho 2020.

UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **As faces da violência obstétrica**. 2021. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/jordi/172-violenciaobstetrica/violencia-obstetrica/>. Acesso em: 12 de janeiro 2022.

WECHSLER, A. M., REIS, K. P., RIBEIRO, B. D. Uma análise exploratória sobre fatores de risco para o ajustamento psicológico de gestantes. **Psicologia Argumento**, v. 34, n. 86, p. 273-288, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.7213/psicol.argum.34.086.AO07>. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/18300>. Acesso em: 24 junho 2020.

WHO. World Health Organization. **WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience**. Geneva, 2016.

WHOQOL GROUP. **Versão em Português dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL)**. Porto Alegre: UFRGS, 1998.

ZANARDO, G. L. P.; URIBE, M. C.; NADAL, A. H. R.; HABIGZANG, L. F. Violência obstétrica no brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, v. 29, e, 155043, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822017000100218&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 24 junho 2020.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. IDENTIFICAÇÃO:

Número de ID:

Iniciais do nome da gestante:

Bairro:

Telefone/Celular:

Cidade de Origem:

Data de nascimento:

Profissão/ocupação:

Raça:

branca preta amarela parda indígena

Estado civil:

casada solteira viúva divorciada/separada/desquitada união estável

outro: _____

2. MERCADO DE TRABALHO

a.) Qual é sua situação de trabalho? (considerar situação atual)

- Empregada assalariada com carteira de trabalho assinada
 Empregada assalariada sem carteira de trabalho assinada
 Funcionária Pública
 Conta própria ou autônoma
 Aposentada
 Desempregada
 Outra. Qual? _____

b.) Quanto você recebe?

- até ½ salário mínimo (R\$ 522,50)
 mais de ½ salário até 1 salário mínimo (R\$ 522,50 a R\$ 1.045)
 de 1 salário até 2 salários (R\$ 1.045 a R\$ 2.090)
 de 2 salários até 3 salários (R\$ 2.090 a R\$ 3.135)
 de 3 salários até 5 salários (R\$ 3.145 a R\$ 5.225)
 acima de 5 salários (R\$ 5.225 ou mais)

c.) Quantas horas por dia você costuma trabalhar?

- 4 horas p/dia
 6 horas p/dia
 8 horas p/dia
 Mais de 8 horas p/dia
 Trabalho só de vez em quando
 Não trabalho mais

d.) Em caso de desocupada/desemprego:

Do que você e sua família vive? _____

Qual o valor? _____

3. DOMICÍLIO

a.) *Condição de ocupação:*

- () Casa própria
 () Alugada
 () Cedida
 () Outros _____

b.) *Situação da moradia:*

RECURSOS DISPONÍVEIS	SIM	NÃO
Na sua casa, tem acesso a escoamento de esgoto sanitário?		
Você tem acesso a água canalizada?		
Na sua casa tem coleta de lixo?		
Na sua casa tem energia elétrica?		
Você tem telefone fixo?		
Você tem televisão?		
Você tem geladeira?		
Você tem fogão?		
Você tem filtro de água?		
Você tem rádio?		
Você tem televisão à cor?		
Você tem automóvel?		
Você tem máquina de lavar roupa?		
Você tem computador?		
Você tem acesso à internet?		
Você tem celular?		

4. EDUCAÇÃO

a.) *Grau de instrução pessoal:*

- () sem estudo
 () alfabetização incompleta
 () alfabetização completa
 () primeiro grau incompleto
 () primeiro grau completo
 () segundo grau incompleto
 () segundo grau completo
 () superior incompleto
 () superior completo

5. FAMÍLIA

a.) *Qual a renda de sua família (soma dos salários de todos os membros/pessoas da família)?*

- () até ½ salário mínimo (R\$ 522,50)
 () mais de ½ salário até 1 salário mínimo (R\$ 522,50 a R\$ 1.045)
 () de 1 salário até 2 salários (R\$ 1.045 a R\$ 2.090)
 () de 2 salários até 3 salários (R\$ 2.090 a R\$ 3.135)
 () de 3 salários até 5 salários (R\$ 3.145 a R\$ 5.225)
 () acima de 5 salários (R\$ 5.225 ou mais)

b.) Membros da família

Número de pessoas? _____

Número de filhos? _____

Você tem alguma deficiência? () sim () não

Tem algum filho com algum tipo de deficiência? () sim () não

6. REDES DE INSERÇÃO SOCIAL, VIZINHANÇA E COMUNIDADE**6.1 ESTRUTURA FÍSICA DO BAIRRO EM QUE VIVE:****a.) Seu bairro tem:**

- () escolas
- () serviços de saúde
- () locais de lazer (esporte, praças, clubes e outros)
- () locais de cultura (cinema, teatro, música e outros)
- () ambiente seguro

b.) Quais aspectos são positivos (bons) no seu bairro?

- () tranquilidade
- () segurança
- () lazer e cultura
- () serviços de saúde e escolas adequados
- () serviços básicos (comércio – mercado, padarias, farmácias)

c.) Quais aspectos são negativos (ruins) no seu bairro?

- () falta de tranquilidade
- () insegurança
- () falta de lazer e cultura
- () poucos serviços de saúde e escolas adequados
- () poucos serviços básicos (comércio – mercado, padarias, farmácias)

d.) O que precisa melhorar no seu bairro?

- () segurança
- () serviços de saúde
- () escolas
- () lazer e cultura
- () serviços básicos

6.2 GERAÇÃO DE RENDA E GASTOS FAMILIARES**a.) Quem faz o trabalho doméstico na sua casa?**

- () a senhora
- () o seu companheiro(a)
- () filhos(as)
- () funcionária contratada
- () diarista

b.) A renda familiar atual é suficiente para:

- alimentação e roupas
- alimentação, água e luz
- alimentação, água, luz e gás
- água, luz, gás e telefone
- recursos de saúde

c.) O que você faz quando o dinheiro não dá?

- deixa de pagar alguma conta
- pede ajuda a algum filho ou familiar
- reduz algum gasto necessário, como por exemplo, alimentação
- utiliza meios de conta para pagamento futuro
- não houve necessidade

d.) Quais são os principais gastos familiares?

- alimentação
- roupas
- água, luz e gás
- telefone
- recursos de saúde

6.3 ORGANIZAÇÃO FAMILIAR

a.) Quem é da sua família (quem você considera como sendo parte da sua família)?

- cônjuge
- filhos
- filho e netos
- cônjuge e filhos
- sou sozinha

b.) Qual é a rotina diária da sua família (o que você faz, seu filhos, diariamente)?

- ficar em casa
- visitar os filhos
- receber visitas dos filhos e/ou netos
- frequentar grupos de socialização e/ou amigos
- cuidar dos membros familiares

6.4 REDES DE INSERÇÃO SOCIAL

a.) Em caso de algum problema/dificuldade (problemas de saúde, cuidado com os filhos, falta de dinheiro) o que você faz? A quem recorre?

- recorre a ajuda dos filhos
- recorre a ajuda dos amigos e/ou vizinhos
- não busca/tem ajuda
- se problemas de saúde busca os serviços de saúde
- se falta dinheiro, busca o banco

7. SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL

7.1 ACESSO AOS MECANISMOS DE PROTEÇÃO SOCIAL – PÚBLICOS E PRIVADOS E POLÍTICAS SOCIAIS – SERVIÇOS E BENEFÍCIOS SOCIAIS

a.) Quais locais você conhece e mais utiliza de seu bairro?

- posto de saúde
- hospital
- serviços básicos
- todos os locais acima citados
- nenhum dos locais acima citados

b.) Você utiliza algum programa assistencial do governo? (Benefício de Prestação Continuada (BPC), LOAS, Aposentadoria, Auxílio doença, Bolsa Família ...)

- não
- sim. Qual? _____
Valor? _____

7.2 REDES SOCIAIS DE APOIO

a.) Em caso de necessidade quem te dá mais apoio?

- família
- vizinhos
- amigos
- parentes
- não tem a quem recorrer

b.) Que tipo de apoio você recebe deles?

- financeiro
- emocional
- recursos de saúde
- ajuda nas atividades diárias
- não recebe ajuda

APÊNDICE B – WHOQOL-BREF

Instruções: Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim Nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido alguma coisa nas últimas duas semanas.						
		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.						
		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia - a - dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas						
		Muito ruim	Ruim	Nem ruim Nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

A questão seguinte refere-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.						
		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA QUALITATIVA

ROTEIRO DA ENTREVISTA COM GESTANTES PARTICIPANTES DOS GRUPOS Tema central: Repercussões do grupo de gestantes na saúde mental e reprodutiva	
A pesquisadora inserirá o assunto de interesse, a participante será instigada a falar livremente sobre o assunto. Perguntas adicionais serão feitas para aprofundamento apenas se forem relevantes no contexto da entrevista.	
Conte-me como foi para você vivenciar o grupo de gestante.	<i>Explorar percepções e experiências da gestante (individuais e coletivas) frente ao desenvolvimento do grupo e das ações realizadas.</i>
Conte-me como você se sente com a gestação atual.	<i>Explorar percepções, vulnerabilidades e conhecimentos da gestante sobre a reprodução/manejo da gestação e maternidade, autonomia reprodutiva, medidas de autoproteção, potencial de autocuidado e em mudar comportamentos de riscos e de violência obstétrica, saúde corporal.</i>
Conte-me como você se sente psicologicamente.	<i>Explorar incertezas, temor/medo diante da gestação, do parto, nascimento, das mudanças corporais/não aceitação corporal, sofrimentos psicoemocionais, interações afetivas e terapêuticas, redes de apoio.</i>

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GESTANTES

Título da pesquisa: Repercussões de grupos de gestantes na saúde mental e reprodutiva de mulheres grávidas: uma análise com base nos Determinantes Sociais da Saúde.

Pesquisadora responsável: Daniela do Carmo Oliveira Mendes

Orientadora: Profa. Dra. Regina Célia Fiorati

Coorientadora: Profa. Dra. Juliana Cristina dos Santos Monteiro

Você está sendo convidada para participar em uma pesquisa que tem o objetivo de analisar as repercussões de grupos de gestantes na saúde mental e reprodutiva de mulheres grávidas, com base nos Determinantes Sociais da Saúde. Em uma primeira etapa você responderá um questionário com questões sobre como você e sua família vivem e trabalham. Essa entrevista será realizada no postinho de saúde, em um tempo máximo de 1 hora.

Depois você poderá ser convidada a responder outro questionário sobre como você percebe a sua qualidade de vida e participar de grupos de gestantes por um período de seis meses. Os grupos também serão feitos no postinho de saúde, nos dias da sua consulta de pré-natal, com tempo aproximado de uma 1 hora por encontro. No final de todos os encontros, você falará como foi para você vivenciar esses momentos no grupo. O gravador será utilizado para registrar as suas falas, se você autorizar.

A pesquisa não trará nenhuma despesa a você, apenas tomar o seu tempo, atenção e disposição para participar da pesquisa. Possíveis riscos são previstos como momentos de desconforto e insegurança em relação as ações e questões abordadas. A pesquisadora tomará as medidas necessárias para resolver o seu desconforto, por meio do acolhimento e esclarecimentos que você desejar. Há garantia do direito de indenização, na ocorrência de danos não previstos relacionados à sua participação na pesquisa, pelo pesquisador, patrocinador ou instituições envolvidas, nas diferentes fases da pesquisa. Caso queira, você poderá desistir da participação na pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo a você.

A sua participação é voluntária e você não receberá nenhuma quantia em dinheiro ou bônus por isso, porém sua participação trará benefícios indiretos como contribuir para a produção científica sobre a saúde de gestantes e incentivar a melhoria do cuidado à gestantes nos serviços de saúde. Além disso, poderá trazer benefícios diretos a você como por exemplo, maior conhecimento sobre a sua gestação, compartilhamentos de vivências e dúvidas com outras gestantes, além de receber e praticar atividades como a yoga, meditação, exercícios de alongamento, relaxamento e de fortalecimento dos músculos para o parto.

Os dados em relação à sua pessoa serão confidenciais e garantimos o sigilo de sua participação durante toda pesquisa, inclusive na divulgação da mesma em eventos científicos, na mídia ou similares.

A pesquisa é avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP), que tem a função de proteger

eticamente as participantes da pesquisa. Para contato ligue: (16) 3315-9197, de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas (horário de São Paulo).

No caso de aceitar fazer parte do estudo, assine este documento, em duas vias. Uma delas é sua e a outra da pesquisadora responsável. Em caso de não aceitar você não será penalizada de forma alguma. Se tiver dúvidas você também pode entrar em contato com a pesquisadora responsável da pesquisa pelo telefone: (65) 99916-4249 ou pelo e-mail danielamendes@usp.br

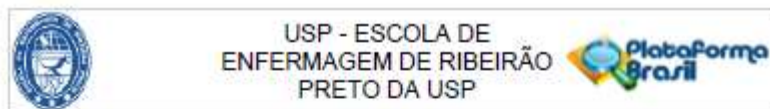
Eu, _____,
concordo em participar da pesquisa “Repercussões de grupos de gestantes na saúde mental e reprodutiva de mulheres grávidas: uma análise com base nos Determinantes Sociais da Saúde” e declaro ter clareza sobre as condições informadas.

_____, ____ de _____ de _____.

Pesquisadora responsável

Participante da pesquisa

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPERCUSSÕES DE GRUPOS DE GESTANTES NA SAÚDE MENTAL E REPRODUTIVA DE MULHERES GRÁVIDAS: UMA ANÁLISE COM BASE NOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Pesquisador: Daniela do Carmo Oliveira Mendes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39857620.1.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.539.175

Apresentação do Projeto:

Trata-se de respostas a pendências apresentadas por este CEP em Parecer Consubstanciado: 4.450.658, de 09 de dezembro de 2020.

Objetivo da Pesquisa:

Tópico já apreciado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Tópico já apreciado.

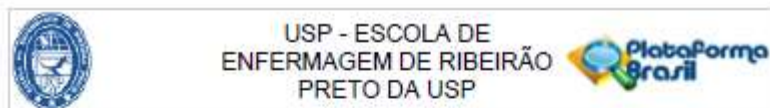
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados: projeto de pesquisa com as retificações e inserções recomendadas no primeiro parecer (Maior detalhamento no método, Inclusão de um fluxograma para compreensão dos procedimentos básicos para a implementação da proposta e Inclusão de informações referentes prevenção de contágio por coronavírus durante a coleta de dados); TCLE com

Endereço: BANDEIRANTES 3900
 Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-002
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
 Telefone: (16)3315-0197 E-mail: cep@erp.usp.br



Continuação do Parecer: A 535/175

adequações conforme sugestão

Recomendações:

Vide tópico "Considerações Finais a Critério do CEP".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP-EERP/USP considera que o protocolo de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

Considerações Finais a critério do CEP:

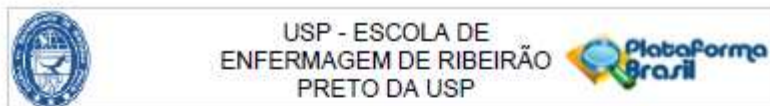
Parecer apreciado ad referendum.

Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatórios parcial e final [...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação". O modelo de relatório de CEP-EERP/USP se encontra disponível, em http://www.eerp.usp.br/media/wcms/files/Fluxograma_enc_protocolos_CEP_05_2019.pdf, na página 7 de 7.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1645411.pdf	22/12/2020 15:27:58		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/12/2020 15:26:31	Daniela do Carmo Oliveira Mendes	Aceito
Outros	Oficio_resposta_CEP.pdf	18/12/2020 08:17:27	Daniela do Carmo Oliveira Mendes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.pdf	18/12/2020 08:14:30	Daniela do Carmo Oliveira Mendes	Aceito
Outros	Autorizacao_de_instituicao.pdf	22/10/2020 10:25:39	Daniela do Carmo Oliveira Mendes	Aceito

Endereço: BANDEIRANTES 3000
 Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
 Telefone: (16)3315-0197 E-mail: cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 4.532.175

Orçamento	Orçamento.pdf	22/10/2020 10:23:44	Daniela do Carmo Oliveira Mendes	Aceito
Cronograma	Cronograma_de_atividades.pdf	22/10/2020 10:23:21	Daniela do Carmo Oliveira Mendes	Aceito
Outros	Oficio_de_encaminhamento.pdf	22/10/2020 10:21:30	Daniela do Carmo Oliveira Mendes	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	22/10/2020 10:19:47	Daniela do Carmo Oliveira Mendes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRÃO PRETO, 12 de Fevereiro de 2021

Assinado por:
RONILDO ALVES DOS SANTOS
(Coordenador(a))

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3315-4197 E-mail: cep@erp.usp.br