

Saúde mental na gestação, no nascimento e na primeira infância: análise crítica de políticas públicas brasileiras

Mental health during pregnancy, childbirth, and early childhood: a critical analysis of Brazilian public policy

Gabriela Vescovi¹ , Katherine Flach² , Andressa Milczarck Teodózio² ,
Gabriela Nunes Maia² , Daniela Centenaro Levandowski² 

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre (RS), Brasil.

² Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) - Porto Alegre (RS), Brasil.

Como citar: Vescovi G, Flach K, Teodózio AM, Maia GN, Levandowski DC. Saúde mental na gestação, no nascimento e na primeira infância: análise crítica de políticas públicas brasileiras. Cad Saúde Colet, 2022; 30(4) 525-537. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230040502>

Resumo

Introdução: Gestação, nascimento e primeira infância são momentos da vida familiar que envolvem expressivas transformações e desafios para a assistência à saúde. **Objetivo:** O presente artigo propõe uma análise crítica das principais políticas públicas de saúde brasileiras relacionadas à saúde mental neste período desenvolvimental das famílias. **Método:** Trata-se de um estudo documental, exploratório e analítico, no qual 13 documentos do Ministério da Saúde foram analisados quanto a duas categorias temáticas definidas *a priori*: 1) concepções de saúde mental e 2) atores e práticas envolvidos no cuidado em saúde mental. **Resultados:** Os termos *saúde mental* e *humanização* foram citados de forma ampla, sem clareza de suas definições e aplicações. A equipe multidisciplinar foi destacada, no entanto não foram encontradas especificações a respeito dos profissionais que deveriam compô-la e nem da capacitação para atuação nessa área. **Conclusão:** Propõe-se a diferenciação do conceito de humanização e do cuidado em saúde mental relacionados à gestação, ao nascimento e à primeira infância, destacando-se o papel do psicólogo e a importância da aproximação entre pesquisa e políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: saúde mental; gravidez; nascimento; política pública; assistência à saúde da mulher e da criança.

Abstract

Background: Pregnancy, childbirth, and early childhood are moments of family life that involve transformations and a challenge in terms of health care assistance. **Objective:** We sought to critically analyze Brazilian public health policies related to mental health issues during this family developmental stage. **Method:** This is an exploratory and analytical, document-based study. Thirteen documents from the Ministry of Health were analyzed using two previously established thematic categories: 1) conceptions of mental health and 2) agents and practices involved in mental health care. **Results:** While the terms *mental health* and *humanization* were used extensively, there was little clarity regarding their definitions and applications. The multidisciplinary team was highlighted, but the professionals who should make it up and the training to work in this area were inadequately defined. **Conclusion:** We propose a differentiation between the fields of humanization and mental health care for pregnancy, childbirth, and early childhood, highlighting the role of psychologists and the need for greater proximity between research and public health policy.

Keywords: mental health; pregnancy; childbirth; public policy; maternal-child health services.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Trabalho realizado na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) – Porto Alegre (RS), Brasil.

Correspondência: Gabriela Vescovi. E-mail: gabriela.vescovi@gmail.com

Fonte de financiamento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: Out. 16, 2020. Aprovado em: Fev. 03, 2021

INTRODUÇÃO

As diferentes questões de âmbito biológico, psicológico e social envolvidas na gestação, no parto e na primeira infância tornam esse período do ciclo de desenvolvimento familiar um desafio para as famílias e a sua assistência pelos serviços de saúde, devido à complexidade das demandas que acarreta. Estes desafios adaptativos podem contribuir para o surgimento e/ou a exacerbação de problemas de saúde mental, considerados fatores de risco para desfechos perinatais desfavoráveis¹. Por outro lado, a gestação e o puerpério também podem ser momentos sensíveis para mudança, constituindo-se como um relevante período para intervenções de promoção e prevenção à saúde².

Da mesma forma, a primeira infância, compreendida de zero a seis anos de idade, constitui-se como fase privilegiada para intervenções em saúde mental, pelo fato de estas promoverem a formação de capacidades cognitivas e não cognitivas que, em conjunto, configurarão a habilidade de funcionamento social dos indivíduos³. Assim, o período compreendido entre a gestação e a primeira infância é propício e fundamental para intervenções em saúde mental, que poderão prevenir dificuldades e favorecer o desenvolvimento familiar saudável.

Contudo, a atenção aos aspectos psicológicos e sociais durante esse período ainda é escassa. Conforme a literatura, aspectos relacionados à saúde mental nesses momentos costumam ser negligenciados, especialmente entre mulheres de baixo nível socioeconômico, em grandes centros urbanos¹. Embora busquem ampla abrangência, as políticas públicas da área de saúde da mulher e da criança têm se mostrado remediativas e fragmentadas³. É preciso avançar de ações baseadas apenas em indicadores de morbimortalidade e prevenção de doenças para a promoção do desenvolvimento saudável das famílias, integrando saúde física e mental⁴.

A saúde mental, embora relacionada a questões emocionais e sociais, não está dissociada da saúde geral⁵. Historicamente, com o advento da Psiquiatria Preventiva, surge o princípio da unidade biopsicossocial, que iniciou este caminho de superação do dualismo cartesiano⁶. Ganhou força, assim, o modo de atenção psicossocial, que representou uma ampliação conceitual e uma inovação ética no campo da saúde mental⁶. Uma vez que os pressupostos sociais sobre saúde podem influenciar as práticas adotadas pelos indivíduos⁷, é importante compreendê-los, para que se possam qualificar as políticas públicas brasileiras e, em última análise, a assistência em saúde. Adotando duas das dimensões propostas por Amarante⁸ sobre o processo da atenção psicossocial (a saber, dimensão teórico-conceitual e técnico-assistencial), busca-se compreender, neste estudo, os pressupostos sociais sobre saúde mental presentes em políticas públicas que concernem à saúde da mulher e da criança na primeira infância. Especificamente, este estudo objetivou analisar criticamente as principais políticas públicas de saúde brasileiras relacionadas à gestação, ao nascimento e à primeira infância no que tange à saúde mental, com ênfase nas concepções de saúde mental (dimensão teórico-conceitual) e nos atores e práticas envolvidos nesse cuidado (dimensão técnico-assistencial).

MÉTODO

Nesta pesquisa documental, exploratória e analítica⁸, foram analisados 13 documentos oficiais, compreendendo diferentes normativas relacionadas ao tema em estudo. Como critérios de seleção dos documentos, constaram: 1) publicações do governo brasileiro; 2) abrangência nacional; 3) indexação na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) do Ministério da Saúde (<http://bvsm.s.saude.gov.br/>); 4) títulos com ao menos um dos seguintes termos: reprodução, gestação/obstetria, pré-natal, nascimento/parto, abortamento, desenvolvimento infantil/saúde da criança/primeira infância, maternidade/paternidade. Única exceção a esses critérios foram os documentos relacionados à Rede Cegonha, por abordarem o tema de interesse, mesmo sem conter um desses termos no título. Foram desconsiderados documentos que tangenciavam o foco do estudo (por exemplo, aspectos nutricionais ou saúde bucal na primeira infância).

Os documentos selecionados foram lidos na íntegra por no mínimo duas autoras. Foi realizada Análise Temática (AT) para identificar padrões (temas) nesse conjunto de dados qualitativos⁹. A modalidade empregada foi do tipo *codebook*, pois envolveu a definição prévia

de dois temas⁹ com base nos objetivos do estudo: a) Concepções de saúde mental e b) Atores e práticas envolvidos no cuidado em saúde mental. O primeiro tema buscou compreender como a saúde mental é operacionalizada nos documentos, especialmente em relação à saúde geral. O segundo objetivou investigar os atores considerados no cuidado em saúde mental (isto é, quem é cuidado e quem deve cuidar) e suas práticas de cuidado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Quadro 1 apresenta as informações gerais dos documentos analisados (n=13), considerando ano de publicação, tipo de documento e objetivos/temas abordados.

Os resultados da análise e a discussão dos achados são apresentados nos Quadros 2 e 3, de acordo com os dois temas definidos *a priori*.

Quadro 1. Caracterização dos documentos analisados em relação ao ano de publicação, título/nome, tipo de documento, instituição emissora e objetivos/temas abordados no ano de 2020

| Título/Nome do documento | Ano, Tipo de documento e instituição emissora | Objetivos/Temas abordados |
|--|---|--|
| Portaria 1.067 - Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal | 2005, Portaria/Ministério da Saúde | Ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e neonatos, promovendo a ampliação do acesso e o incremento da qualidade da assistência obstétrica e neonatal. |
| Portaria 426/GM – Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida | 2005, Portaria/Ministério da Saúde | Considera a necessidade de estruturar no SUS rede de serviços regionalizada e hierarquizada à atenção em reprodução assistida, baseada nos princípios da Política Nacional de Humanização em todos os níveis de atenção. |
| Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma técnica | 2011, Normas e Manuais Técnicos/Ministério da Saúde | Normas para a atenção humanizada ao abortamento, incluindo atenção clínica, aspectos ético-jurídicos, acolhimento e planejamento reprodutivo. |
| Portaria 650 - Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha | 2011, Portaria/Ministério da Saúde | Dispõe sobre Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha, com orientações para implementação da rede, repasse de recursos, monitoramento e avaliação. |
| Portaria 1.459 - Rede Cegonha | 2011, Portaria/Ministério da Saúde | Institui a Rede Cegonha, rede de cuidados para assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, ao nascimento seguro à criança e ao desenvolvimento saudável. |
| Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento (Número 33) | 2012. Caderno de Atenção Básica (CAB)/Ministério da Saúde | Orientações para a organização do processo de trabalho relativo aos cuidados infantis na APS e ao acompanhamento do desenvolvimento infantil. |
| Gestação de Alto Risco: Manual técnico | 2012, Normas e Manuais Técnicos/Ministério da Saúde | Discute as principais condições clínicas e diagnósticas da gestação de alto risco e as intervenções de cuidado das equipes de saúde. |
| Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (Número 32) | 2013. CAB/Ministério da Saúde | Orienta o atendimento à gestação e ao puerpério com base em evidências científicas e práticas humanizadas. Aborda a organização dos serviços, condições básicas para a assistência, papel da equipe, intercorrências clínicas frequentes, assistência ao parto iminente e aspectos legais. |

Quadro 1. Continuação...

| Título/Nome do documento | Ano, Tipo de documento e instituição emissora | Objetivos/Temas abordados |
|---|---|--|
| Portaria 1.020 - Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco | 2013, Portaria/Ministério da Saúde | Trata da organização e estrutura de funcionamento para acompanhamento da gestante de alto risco. |
| Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal | 2016, Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas/Ministério da Saúde | Orientação às mulheres e aos profissionais e gestores (âmbito público ou privado) sobre as vias de parto e condutas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis. |
| Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde | 2016, Ações Programáticas Estratégicas (APE)/Ministério da Saúde | Difunde, entre profissionais, o pré-natal do parceiro que visa envolver os homens nas ações de planejamento reprodutivo, ampliação e qualificação do acesso aos serviços de saúde. |
| O Cuidado às Crianças em Desenvolvimento: Orientações para as famílias e cuidadores | 2017, APE/Ministério da Saúde | Instruir famílias e cuidadores sobre a importância dos primeiros anos, orientando sobre estimulação, vinculação e detecção de alterações no desenvolvimento infantil. |
| Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança | 2018, APE/Ministério da Saúde | Proteger e promover a saúde da criança, mediante cuidado integral, visando à redução da morbimortalidade e à promoção de ambiente facilitador à vida. |

Quadro 2. Resultados da análise temática dos documentos referentes ao tema: "Concepções de saúde mental" realizada no ano de 2020

| Título/Ano | Concepções de saúde mental |
|---|--|
| Portaria 1067 (2005) | Não aborda diretamente. Refere-se apenas à integralidade da atenção e à assistência humanizada. |
| Portaria 426/GM (2005) | Não aborda. Apenas refere que esta política deve seguir os princípios da Política Nacional de Humanização. |
| Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma técnica (2011) | Saúde mental referida como cuidado emocional às mulheres que vivenciaram um abortamento. Compreende esta experiência como " <i>física, emocional e social</i> ", sendo uma de suas possíveis consequências os " <i>transtornos subjetivos</i> " (sem definição). Trata dos aspectos emocionais como influenciadores da percepção da dor. |
| Portaria 650 (2011) | Não aborda. |
| Portaria 1459 (2011) | Não aborda. No componente "Parto e nascimento", foca em questões ligadas à humanização do cuidado. |
| Cadernos de Atenção Básica - Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento (2012) | Relaciona a saúde mental na primeira infância a relacionamentos familiares saudáveis e afetuosos. Considera o nascimento de um filho como crise vital da família. Cita importância de atentar-se à vulnerabilidade e às situações de violência na gestação e no puerpério. |
| Gestação de Alto Risco: Manual técnico (2012) | Não aborda definição específica de saúde mental. No entanto, pode-se compreender que há uma visão ampliada, ao serem considerados aspectos intrassubjetivos (reações emocionais comuns), intersubjetivos (relação familiar e com equipe) e contextuais (hospitalização como estressor). |

Nota. Trechos em itálico = citações literais dos documentos analisados

Quadro 2. Continuação...

| Título/Ano | Concepções de saúde mental |
|--|---|
| Caderno de Atenção Básica - Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (2013) | Saúde mental associada a <i>“aspectos psicoafetivos e emocionais”</i> da gestação, considerando-se questões físicas, emocionais e dos contextos familiar, comunitário e social. Apesar de não terem sido identificadas definições específicas sobre estes termos, estão relacionados às questões emocionais: transtornos mentais, situações de violência, gestação na adolescência, adoção e abortamento. |
| Portaria 1020 (2013) | Não aborda diretamente saúde mental, porém inclui os aspectos <i>“físicos, sociais e emocionais”</i> na compreensão da gestação, do parto e do nascimento. Trata da importância dos serviços de atenção às mulheres vítimas de violência sexual. |
| Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2016) | Não aborda diretamente a saúde mental, mas aponta evidências científicas sobre a importância dos aspectos emocionais para a percepção da dor e da satisfação com o parto. Questiona o modelo atual de atenção ao nascimento, que, devido ao excesso de intervenções, tem deixado de lado os aspectos emocionais, humanos e culturais. |
| Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde (2016) | Não aborda diretamente saúde mental, mas apresenta visão ampliada de saúde, para além do enfoque biológico. Defende maior participação dos homens em todo o processo reprodutivo, a fim de melhorar o acesso desta população aos serviços e garantir melhor experiência para a mulher e para o bebê. |
| O Cuidado às Crianças em Desenvolvimento: Orientações para as famílias e cuidadores (2017) | A saúde mental infantil é debatida enquanto sintomas que podem denunciar dificuldades na criança (sintomas psicofuncionais). Associa o termo saúde mental a problemas no desenvolvimento, ao passo que trata de aspectos saudáveis sem relacioná-los à saúde mental (como vínculo e comunicação). |
| Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (2018) | Saúde mental referida como aspectos <i>“afetivos e emocionais”</i> , estabelecidos durante o desenvolvimento psíquico (este ligado a fatores emocionais, cognitivos e sociais da criança). Associa o termo saúde mental a problemas no desenvolvimento, sem especificar. Aborda a humanização como qualificação das práticas de cuidado e saúde mental. |

Nota. Trechos em itálico = citações literais dos documentos analisados

Quadro 3. Resultados da análise temática dos documentos referentes ao tema: “Atores e práticas envolvidos no cuidado em saúde mental” realizada no ano de 2020

| Título/Ano | Atores e práticas envolvidos no cuidado em saúde mental |
|--|---|
| Portaria 1067 (2005) | Profissionais de saúde. Na atenção ao pré-natal, assinala sobre importância do acolhimento à gestante e ao acompanhante, da promoção de atividades educativas, saúde mental, atenção em situações de violência. Orienta o monitoramento e a <i>“promoção do bem-estar físico e emocional”</i> da mulher. |
| Portaria 426/GM (2005) | Não aborda. |
| Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma técnica (2011) | Equipe multiprofissional. <i>“Escuta qualificada”</i> como responsabilidade de todos os profissionais. Diferencia o papel da equipe como um todo do papel dos <i>“profissionais de saúde mental e serviço social”</i> . <i>“Suporte emocional”</i> entendido como uma das faces da atenção humanizada, mas também papel dos profissionais de saúde mental e serviço social. |
| Portaria 650 (2011) | Não aborda atores específicos. Implementação da garantia de acompanhante durante o acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. |

Nota. Trechos em itálico = citações literais dos documentos analisados

Quadro 3. Continuação...

| Título/Ano | Atores e práticas envolvidos no cuidado em saúde mental |
|---|--|
| Portaria 1459 (2011) | <i>“Equipes horizontais”</i> (sem definição). Garantia de acompanhante. Busca ativa de crianças vulneráveis e implementação de programas educativos relacionados à saúde sexual e reprodutiva. Aborda estes aspectos a partir de um enfoque principalmente biológico. |
| Cadernos de Atenção Básica - Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento (2012) | Profissional de saúde e equipe multiprofissional. Aponta práticas em saúde mental como a visita domiciliar, a construção do genograma familiar e a atuação em rede para os casos de violência. Compreende a necessidade de atuação para a formação da parentalidade, o fortalecimento da rede de apoio social e condução atividades educativas. |
| Gestação de Alto Risco: Manual técnico (2012) | Profissionais de saúde e equipe multidisciplinar, constituída por especialistas da Enfermagem, Psicologia, Nutrição e Serviço Social, em trabalho articulado e planejado. Orienta sobre reações emocionais esperadas e alternativas de cuidado, como: discussões de casos em equipe, apoio psicológico e educativo, intervenção psicossocial. Assistência psicológica, <i>se disponível</i> , oferecida em situações específicas (como óbito fetal). |
| Caderno de Atenção Básica - Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (2013) | Profissionais da APS. Detecção precoce do sofrimento psíquico na gestação, parto e puerpério e ações de prevenção, promoção e tratamento em saúde mental da gestante. Cita o apoio psicológico, a visita domiciliar (situações de violência e de óbito fetal), ações educativas, apoio matricial. <i>“Corresponsabilização”</i> em casos de internação psiquiátrica. |
| Portaria 1020 (2013) | Profissionais da APS. Como prática em saúde ressalta a atenção ao pré-natal de alto risco. Psicólogo como um dos profissionais que devem compor a equipe de atenção à Gestação de Alto Risco. Na atenção básica, as práticas incluem a identificação, o acolhimento, o encaminhamento para pré-natal de alto risco e a continuidade do cuidado. |
| Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2016) | Profissionais de saúde, referindo apenas médicos e enfermeiros. O psicólogo é citado como envolvido indiretamente na assistência ao parto. Práticas de saúde voltadas ao manejo da dor do trabalho de parto. |
| Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde (2016) | Profissionais da APS, sendo referidos médico ou enfermeiro. Acolhimento, escuta e criação de vínculo entre homens e profissionais de saúde. Acolhimento humanizado. Traz a necessidade de desenvolver ações para além do <i>“binômio mãe-criança”</i> . |
| O Cuidado às Crianças em Desenvolvimento: Orientações para as famílias e cuidadores (2017) | Não cita os profissionais de saúde. Refere apenas a família como importante na estimulação da criança e oportunidades de aprendizagem. Cuidado em relação ao desenvolvimento infantil e indicação de quando buscar serviços de saúde para a avaliação. |
| Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (2018) | Profissionais da APS, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e agentes comunitários de saúde. Cita profissionais da Assistência Social e da Educação. Práticas voltadas à integralidade do cuidado à criança e articulação em rede. Não refere práticas específicas em saúde mental, embora entenda que estas são abarcadas na integralidade do cuidado. Aborda a importância da humanização principalmente nos contextos de risco/vulnerabilidade. |

Nota. Trechos em itálico = citações literais dos documentos analisados

Concepções de saúde mental na gestação, no nascimento e na primeira infância

A análise desse tema demonstrou a inexistência de definição precisa do termo *saúde mental* na maior parte dos documentos. O termo ficou majoritariamente implícito nos textos ou, quando abordado mais claramente em quatro documentos¹⁰⁻¹³, foi tratado enquanto *aspectos/fatores emocionais, afetivos ou psicológicos*. As menções à expressão *saúde mental*

foram atreladas: a) ao diagnóstico e tratamento de transtornos psiquiátricos ou problemas no desenvolvimento infantil; b) à intervenção em situações de violência sexual/doméstica e sua prevenção. Os transtornos psiquiátricos e do desenvolvimento, por se enquadrarem no modelo biomédico e nosológico, foram entendidos nos textos como patologias identificáveis e tratáveis. Já a violência foi considerada uma situação de risco especial, que demanda atuação multiprofissional, sendo ressaltados os impactos emocionais negativos dessa condição para a saúde de gestantes e crianças.

Nenhum documento faz menção direta à violência obstétrica, estreitamente relacionada à gestação e ao nascimento, e igualmente danosa. Tal panorama pode indicar uma dificuldade de abordar o assunto, pois essa violência é protagonizada pelos profissionais e serviços de saúde, a quem e aos quais boa parte dos documentos analisados se destina. Ainda, reflete a ausência de legislação nacional que a defina e proponha seu enfrentamento.

O termo *saúde mental* foi atribuído a aspectos ligados à doença (transtornos mentais e do desenvolvimento) ou a uma condição de risco/gravidade (violência sexual/doméstica), denotando uma visão essencialmente patológica. Assim, a saúde mental pode estar sendo entendida estritamente como um conjunto de condições de elevada gravidade, que deve gerar encaminhamento a níveis especializados de atenção. Esta concepção do termo parece reforçar a dicotomia saúde *versus* saúde mental constatada nas políticas de saúde brasileiras¹⁴.

Por outro lado, a análise demonstrou que a maioria dos documentos considera a gestação e o puerpério como experiências biopsicossociais, ou seja, influenciadas por fatores psicológicos/emocionais, sociais/relacionais e contextuais, para além dos biológicos/fisiológicos, sem, contudo, associá-los ao termo *saúde mental*. De fato, as principais diretrizes do SUS estabelecem um conceito ampliado de saúde, incorporando todos estes fatores⁷, em consonância com o modo de atenção psicossocial⁶. Isso parece evidenciar um olhar atento e integral para a gestação, o nascimento e a primeira infância. Neste sentido, os serviços de saúde têm papel imprescindível na transição para a parentalidade, pois, desde a gestação, a mulher e sua família vivenciam alterações de ordem física, psíquica e social¹⁵.

Contudo, em alguns dos documentos analisados, esta visão ampliada de saúde não incorporou aspectos psicológicos e sociais aos biológicos, apresentando apenas uma descrição teórica da importância dos primeiros. Por exemplo, a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal¹⁶ e a Norma Técnica sobre a Atenção Humanizada ao Abortamento¹⁷ destacam a interferência dos aspectos emocionais na percepção de dor da mulher. Isso parece indicar que a consideração da faceta psicológica do construto saúde estaria mais a serviço dos aspectos biológicos do que retratando uma compreensão biopsicossocial. Assim, as políticas não se traduzem em orientações claras sobre como incorporar os aspectos ligados à promoção da saúde mental à prática profissional nos serviços – com exceção de três documentos^{10,11,18}. Isso dificulta a atenção e a atuação dos profissionais de saúde sobre essas questões.

Também o aspecto social/relacional, tão relevante na gestação e no nascimento, é abordado de forma mais teórica do que prática nos documentos analisados. A visão ampliada de saúde sobre esses acontecimentos traz o desafio de deslocar o foco das práticas de saúde de apenas um indivíduo doente, central no modelo biomédico, para um grupo de indivíduos inseridos em um contexto de vida e de relações (por exemplo, da gestante para a “família grávida”, em um contexto de vulnerabilidade social). Tais achados concordam com a afirmação de Böing e Crepaldi⁷ sobre a formação científica e as práticas profissionais ainda serem predominantemente pautadas no paradigma tradicional da ciência e no modelo de atenção biomédica, que favorecem a dicotomia saúde física *versus* mental, embora nos documentos se proponha um modelo abrangente e integral de compreensão da saúde. Conforme as autoras, esta dicotomia propicia a desumanização das práticas de saúde.

O termo *humanização* vem sendo utilizado frequentemente no âmbito da saúde, especialmente em relação ao nascimento e aos direitos reprodutivos¹⁹. Em análise documental do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar, Deslandes¹⁹ apontou alguns significados do termo: oposição à violência; capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos ao bom relacionamento; melhoria das condições de trabalho do cuidador, e ampliação do processo comunicacional, sendo esta sua diretriz central.

No presente estudo, observou-se que o discurso da humanização tem ocupado um espaço vinculado à saúde mental no campo da gestação, do nascimento e da primeira infância, sobretudo com base na diretriz de atendimento de qualidade proposta por Deslandes¹⁹. Quando se promove atenção humanizada – ou seja, com escuta à usuária e consideração de sua opinião no processo decisório quanto à via de parto, por exemplo –, entende-se que um cuidado com as questões “emocionais e psicológicas” estaria também sendo ofertado. Essa premissa não é totalmente falsa; porém, assistência humanizada não é sinônimo de intervenção psicológica ou de cuidado em saúde mental²⁰.

Possivelmente, na presença de uma assistência à saúde pautada exclusivamente nas questões biológicas, com sobrecarga de trabalho, falta de profissionais de saúde mental e lacunas na formação da equipe, o discurso da humanização tenha encontrado espaço para mesclar-se ao campo da saúde mental – ou mesmo substituí-lo. Embora surja como uma opção para uma perspectiva não patológica do cuidado em saúde mental, em contraponto à visão anteriormente descrita, a humanização não necessariamente é suficiente no manejo das questões emocionais/psicológicas de usuários e equipes. Apenas a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança¹³ apresentou distinção clara entre saúde mental e humanização, definindo esta última enquanto “qualificação das práticas de cuidado” e incluindo nessas práticas a atenção à saúde mental. Outras quatro²¹⁻²⁴ das cinco Portarias não mencionaram a saúde mental, apenas a humanização.

Entende-se que a polissemia do conceito de humanização da assistência, bem como a definição imprecisa do termo saúde mental, somadas às dificuldades cotidianas enfrentadas pelos serviços, favorecem as dificuldades de delimitação das diferenças e semelhanças entre esses campos. Entretanto, por serem parcialmente sobrepostos, podem constituir suas identidades de forma complementar e gerar novas práticas integradoras¹⁹.

Buscando compreender os âmbitos de ação destes dois campos na atenção à gestação, ao nascimento e à primeira infância, propõe-se que a humanização, enquanto política transversal²⁵, possa ocupar-se da experiência das mulheres, das famílias e dos bebês nos serviços, desde o âmbito concreto (ambiência) até o âmbito subjetivo (orientações e clareza nas regras e rotinas), comunicacional (consentimento informado, participação da gestante e sua família nos processos decisórios), relacional (acompanhantes como participantes ativos no cuidado), cultural (identificação e respeito às diferenças culturais de cuidado), temporal (respeito ao tempo da mulher, do acompanhante e do bebê) e laboral (capacitação dos profissionais sobre humanização, comunicação e acolhimento). Já em saúde mental, o cuidado às mulheres, às famílias e aos bebês nos serviços deve ocupar-se do âmbito curativo (identificação, tratamento e acompanhamento de dificuldades emocionais/psicológicas e/ou psiquiátricas e relacionais), preventivo (psicoeducação e orientação) e de promoção de saúde (espaços de diálogo, diminuição de estigmas).

A modificação das práticas atuais, ainda pautadas em um modelo de atenção focado no sintoma, é tarefa necessária, complexa e desafiadora para profissionais, instituições e gestores, por exigir a transposição do paradigma biomédico vigente. A superação da dicotomia saúde física-saúde mental, apontada como diretriz pelo Ministério da Saúde⁵, está relacionada ao conceito de integralidade do sujeito (que preconiza que a consideração de seus aspectos biológicos, psicológicos, sociais e contextuais nas ações de saúde) e da assistência (que recomenda ações combinadas de promoção, prevenção e recuperação da saúde)²⁶.

Atores e práticas envolvidos no cuidado à saúde mental na gestação, no nascimento e na primeira infância

Quanto às práticas de cuidado em saúde mental, identificou-se, nos documentos: assistência/apoio psicológico; suporte emocional; acolhimento; psicoterapia; intervenção psicossocial; apoio matricial; encaminhamento a outros serviços (como CAPS e aqueles destinados a vítimas de violência); utilização de psicofármacos; internação psiquiátrica em hospital geral; visita domiciliar; ações educativas; espaço para manifestação de sentimentos; fortalecimento da rede de apoio; uso do genograma, e busca ativa para detecção precoce e

promoção do bem-estar físico e emocional, com uma abordagem centrada na pessoa. É possível notar ampla variedade de práticas nos documentos, tanto curativas quanto preventivas e de promoção da saúde, contemplando a integralidade.

Entretanto, nem todas estas práticas são exclusivas do cuidado em saúde mental (por exemplo, visita domiciliar, apoio matricial, ações educativas), embora mencionadas nos documentos com este enfoque. Ainda, algumas ações de prevenção e promoção foram abordadas nos documentos de maneira inespecífica, como, por exemplo, “promoção do bem-estar físico e emocional” e “espaço para manifestação de sentimentos”. Pelo fato de a prevenção de agravos e a promoção da saúde serem campos de grande complexidade, entende-se que alguns documentos ministeriais deveriam discutir melhor esta questão, para efetivamente subsidiar a atuação profissional.

Boa parte das práticas de cuidado em saúde mental apareceu em documentos da Atenção Primária em Saúde (APS), parecendo confirmar a hipótese da complexidade invertida²⁷, em que as ações de saúde mental teriam complexidade inversa àquelas de saúde clínica. Assim, na APS, residiriam as ações mais complexas e mais demandantes de tecnologias leves (humanas), enquanto no nível terciário essas intervenções em saúde mental seriam menos complexas. Como os documentos ligados à APS (Cadernos de Atenção Primária) buscam orientar os profissionais sobre ações e práticas neste contexto, podem ser mais detalhados que os demais – como as portarias ministeriais, por exemplo – em função disso.

Destaca-se que gestantes/puérperas e crianças foram majoritariamente apontadas como alvos das práticas de cuidado nas políticas analisadas. Historicamente, este marco do desenvolvimento individual e familiar está focado no binômio mãe-bebê e vinculado ao modelo biomédico²⁸. Este foco tende a não considerar outros aspectos e atores igualmente importantes envolvidos nesse processo, como família ampliada, aspectos emocionais e culturais. Nesta direção, o Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde²⁸ objetiva qualificar as ações de cuidado ao incluir o parceiro da gestante, ampliando as visões tradicionais de família e parentalidade.

Em relação aos atores envolvidos no cuidado em saúde mental, encontrou-se que, para a maior parte das políticas, estes cuidados são responsabilidade de toda a equipe multidisciplinar. Esse aspecto mostra-se condizente com a literatura, pois a saúde mental não é um campo de atuação exclusivo de uma única profissão¹⁴. A colaboração interprofissional é essencial para promover atenção em saúde de qualidade no complexo mundo atual, assim como para diminuir os desafios enfrentados pelos sistemas de saúde²⁹. Os pacientes precisam de um espectro de conhecimento que só pode ser encontrado em uma ampla gama de profissões da saúde. Dessa forma, a composição da equipe multidisciplinar influenciará na sua capacidade de abordar adequadamente tais questões.

É interessante destacar que a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal¹⁶ aborda a importância dos familiares e de outras fontes de apoio, para além da equipe hospitalar, enquanto coatores do cuidado nos serviços de saúde, aspecto pouco abordado nos demais documentos. Essa diretriz apresenta evidências científicas sobre o impacto positivo do apoio contínuo no processo de nascimento, proporcionado por pessoas da rede da gestante (familiares, amigos, doulas). Este apoio leva à diminuição da propensão à analgesia, do parto vaginal instrumentalizado e da cesariana, e ao aumento da satisfação no parto. Isso impõe novos desafios às equipes e aos serviços e gestores públicos, que devem não apenas autorizar a entrada de acompanhantes nas dependências dos serviços, como também orientá-los e integrá-los ao funcionamento e às rotinas institucionais.

Assim como na primeira categoria temática, também aqui verificou-se, em alguns documentos, práticas, como acolhimento, suporte emocional e escuta qualificada, relacionadas tanto ao cuidado em saúde mental quanto à humanização. Estes âmbitos podem se sobrepor parcialmente, em especial na gestação e no nascimento, conforme já discutido. Entretanto, conforme Correia²⁰, a falsa percepção de que o apoio humanizado pode substituir a intervenção psicológica representa um obstáculo para a inserção da Psicologia nas instituições de saúde e o cuidado efetivo em saúde mental.

A Psicologia destaca-se como uma profissão fundamental ao cuidado em saúde mental na gestação, no nascimento e na primeira infância, em colaboração interprofissional. Entretanto, apenas dois textos analisados^{18,30} apontaram explicitamente a necessidade de esse profissional integrar as equipes de saúde. Esses documentos abordam a gestação de alto risco, parecendo indicar que a atuação do psicólogo estaria vinculada apenas a situações de maior gravidade clínica. A Psicologia tem inserção recente no setor saúde no Brasil (década de 1990), não havendo ainda uma definição clara do seu papel e das possibilidades de atuação em cada um dos níveis de atenção¹⁴, tanto por parte dos profissionais e gestores de saúde quanto dos próprios psicólogos.

Compreende-se a atuação do psicólogo nos serviços de saúde como fundamentada, sobretudo, pelo princípio da integralidade⁷. Isso significa que a Psicologia apresenta grande potencial de contribuição em ações preventivas e promotoras de saúde, o que justifica a sua inclusão em outros níveis da rede de atenção para além do terciário, em especial a APS. Desse modo, além de contribuir com a equipe de saúde para um olhar integral ao paciente, poderia auxiliar na conexão entre os campos da humanização e do cuidado em saúde mental, sem confundi-los ou sobrepô-los.

Faz-se pertinente a inclusão de atores de variadas profissões nas equipes responsáveis por compor e efetivar as políticas de saúde relacionadas à gestação, ao nascimento e à primeira infância. Isto pode favorecer a complexificação do posicionamento das políticas públicas, promovendo maior atenção aos aspectos psicológicos e relacionais, para além dos biológicos, como também a aproximação desse campo ao âmbito acadêmico. Tais aspectos podem qualificar as práticas de saúde pública brasileiras e permitir o alcance da integralidade.

Particularmente, a aproximação das políticas públicas de saúde ao campo da pesquisa científica foi o mote para a escrita deste artigo, em virtude da dificuldade das pesquisadoras de encontrar embasamento nas atuais políticas para a compreensão dos resultados de seus estudos sobre saúde mental na gestação, no parto e na primeira infância, apontando uma dificuldade de comunicação entre esses campos. Um dos desafios atuais da ciência é justamente a diminuição da lacuna entre políticas públicas e pesquisa³¹. Os pesquisadores precisam se preocupar com as políticas públicas, em especial na área da saúde, pois elas propiciam “traduzir” resultados de pesquisa em impactos positivos na sociedade. Por outro lado, as políticas públicas necessitam das pesquisas para definir posicionamentos e organizar ações e serviços de forma clara e planejada, evitando decisões baseadas em posições ideológicas e distantes da realidade.

Essa aproximação pode ser um caminho para subsidiar de forma mais concreta e baseada em evidências alguns termos genéricos identificados nos documentos analisados referentes às práticas em saúde mental, como “espaço para manifestação de sentimentos” e “promoção do bem-estar”. Nessa direção, algumas propostas, apesar de não mencionadas nos documentos analisados, merecem destaque, tais como a estratégia de prevenção em saúde mental na APS denominada Pré-Natal Psicológico (PNP)³². Por outro lado, no campo das políticas públicas, um exemplo exitoso dessa aproximação com a pesquisa é o projeto de lei da deputada federal Keiko Otta (PSB/SP), que objetivou estabelecer a obrigatoriedade de procedimentos relacionados à humanização do luto materno, como acomodação em ala diferente da maternidade e acompanhamento psicológico à mulher, em hospitais. Estas medidas visam ao acolhimento das famílias, pois estudos já demonstraram as dificuldades dos serviços de saúde para lidar com situações de perda gestacional³³. No presente estudo, apenas três documentos^{11,17,18} abordaram diretamente a temática da perda gestacional. Para além disso, ações relacionadas ao abortamento induzido e à violência obstétrica ainda carecem de aproximação com a pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise de políticas públicas de saúde brasileiras referentes à gravidez, ao nascimento e à primeira infância, foi possível identificar que a saúde mental, quando abordada em documentos oficiais, tem sido entendida como ligada à patologia (transtornos psiquiátricos e do desenvolvimento) e à violência sexual/doméstica. Aspectos não psicopatológicos (fatores

emocionais, psicológicos, afetivos ou subjetivos) têm sido aliados do campo da saúde mental, integrando principalmente o discurso de humanização do cuidado. Mesmo que parcialmente sobrepostos, estes campos precisam ter suas diferenças delimitadas, para não prejudicar a qualidade da atenção em saúde mental.

Quanto às práticas em saúde mental, os documentos analisados mencionaram uma variedade de ações, tanto curativas quanto preventivas e de promoção da saúde. No tocante aos atores, apesar de a maior parte das políticas afirmarem que a responsabilidade por esse cuidado é de todos os membros da equipe multiprofissional, a composição dessas equipes raramente foi discutida ou explicitada. Particularmente, percebeu-se uma inconsistência a respeito da presença do psicólogo e de como o seu trabalho pode ser incorporado nos serviços, denotando uma compreensão limitada dessa atuação. Entende-se que esse profissional pode auxiliar na delimitação e no atendimento das diretrizes dos campos da saúde mental e da humanização, proposta acima.

Os resultados desta análise, bem como a inserção das autoras na saúde pública por meio de pesquisas e atuação profissional, apontaram a necessidade de maior aproximação entre o campo das políticas públicas e da investigação científica, para qualificar as primeiras, especialmente quando se trata da gestação, do nascimento e da primeira infância. As ações de prevenção e promoção da saúde mental para esse público ainda parecem carecer de embasamento científico, como apresentado.

Em termos procedimentais, entende-se que a inexistência de uma ferramenta de busca unificada e de qualidade para localizar os documentos oficiais do governo brasileiro dificulta o acesso da população e dos profissionais às informações sobre saúde e às diretrizes que norteiam a assistência em saúde no País. A reunião de todos os documentos em um único diretório/repositório, com ferramenta de busca adequada, facilitaria este acesso.

Destaca-se a heterogeneidade dos documentos analisados (portarias, protocolos clínicos, ações programáticas) como limitação do estudo, pois nem todos objetivam discorrer sobre práticas de atuação e ações específicas em saúde mental. Embora a seleção dos documentos tenha sido guiada por critérios temáticos específicos, alinhados ao foco deste estudo, sugere-se que outras análises sejam realizadas sobre os mesmos, contemplando, por exemplo, aspectos relacionados ao cuidado humanizado no período gravídico-puerperal, a fim de destacar outros fatores implicados na assistência qualificada às famílias nesse momento importante do ciclo vital.

Ainda, estudos futuros poderiam ocupar-se das outras duas dimensões do processo de atenção psicossocial propostas por Amarante⁶ e que não foram objeto do presente estudo, a saber, as dimensões jurídico-política e sociocultural. Em relação à primeira, uma análise das legislações e normativas legais quanto aos direitos reprodutivos e um levantamento de processos judiciais neste contexto podem auxiliar na identificação de lacunas e limitações das leis relacionadas à saúde. Quanto à dimensão sociocultural, que diz respeito ao envolvimento da sociedade na discussão sobre saúde mental, com a finalidade principal de alterar o imaginário social e reduzir estigmas, sugere-se a análise das percepções sobre gestação e parentalidade em situações de risco (e.g. vulnerabilidade social, uso de substâncias e entrega à adoção).

REFERÊNCIAS

1. Costa DO, Souza FIS, Pedroso GC, Strufaldi MWL. Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica. *Cien Saude Colet*. 2018 mar;23(3):691-700. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.27772015>. PMID:29538550.
2. Brito I. A saúde mental na gravidez e primeira infância. *Rev Port Med Geral Fam*. 2009 set;25(5):600-4.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Frente Parlamentar Mista da Primeira Infância. Câmara de Deputados. Centro de Estudos e Debates Estratégicos. Primeira infância: avanços do marco legal da primeira infância [Internet]. Brasília; 2016 [citado em 2020 out 16]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/altosestudios/pdf/obra-avancos-do-marco-legal-da-primeira-infancia>
4. Molinari JSO, Silva MFMC, Crepaldi MA. Saúde e desenvolvimento da criança: a família, os fatores de risco e as ações na atenção básica. *Rev Psicol Argumento*. 2005;23(43):17-26.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental [Internet]. Brasília; 2013. (Cadernos de Atenção Básica; 34) [citado em 2020 out 16]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf
6. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. 123 p.
7. Böing E, Crepaldi MA. Reflexões epistemológicas sobre o SUS e atuação do psicólogo. *Psicologia*. 2014;34(3):745-60. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001052013>.
8. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 1999.
9. BBraun V, Clarke V, Hayfield N, Terry G. Thematic analysis. In: Liamputtong P, editor. *Handbook of research methods in health social sciences*. Singapore: Springer; 2019. 2248 p.. http://dx.doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4_103.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento [Internet]. Brasília: Departamento de Atenção Básica; 2012. (Cadernos de Atenção Básica; 33) [citado em 2020 out 16]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf
11. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília; 2013. (Cadernos de Atenção Básica; 32) [citado em 2020 out 16]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
12. Brasil. Ministério da Saúde. O cuidado às crianças em desenvolvimento: orientações para as famílias e cuidadores [Internet]. Brasília; 2017 [citado em 2020 out 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_crianças_desenvolvimento_orientacoes_para_familias_cuidadores.pdf
13. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação [Internet]. Brasília; 2018. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_da_Crianca_PNAISC.pdf
14. Böing E, Crepaldi MA. O Psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicologia*. 2010;30(3):634-49. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932010000300014>.
15. Guimarães FJ, Santos FJS, Leite AFB, Holanda VR, Souza GS, Perrelli JGA. Adoecimento mental em gestantes. *Enfermería Glob*. 2019;53:511-22.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal [Internet]. Brasília: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS; 2016. (vol. único) [citado em 2020 out 16]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf
17. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica [Internet]. Brasília; 2011 [citado em 2020 out 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf
18. Brasil. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado em 2020 out 16]. Disponível em: www.saude.gov.br/saudemulher
19. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Cien Saude Colet*. 2004;9(1):7-14. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100002>.
20. Correia MDJ. A psicologia na saúde da mulher e da criança: intervenções, práticas e contextos numa maternidade [Internet]. Lisboa: Placebo; 2012 [citado em 2020 out 16]. Disponível em: www.sp-ps.pt/uploads/publicacoes/108_c.pdf
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1067, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, 2005 [citado em 2020 out 16]. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rc=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBOQFjAA&url=http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/download/category/155-neonatalogia?download=820:portaria-n-1067-2005-institui-a-politica-nacional-de-atencao-obstetrica>
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 426/GM, de 22 de março de 2005. Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, 2005 [citado em 2020 out 16]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1459, de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, 2011 [citado em 2020 out 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 650, de 5 de Outubro de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, 2011 [citado em 2020 out 16]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html

25. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização [Internet]. Brasília; 2013 [citado em 2020 out 16]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
26. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, 1990 [citado em 2020 out 16]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
27. Lancetti A. Clínica peripatética. 7ª ed. São Paulo: Hucitec; 2012. 127 p.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Guia do Pré-natal do parceiro para profissionais de saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado em 2020 out 16]. Disponível em: https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf
29. Shamian J. Interprofessional collaboration, the only way to Save Every Woman and Every Child. Lancet. 2014 set;384(9948):e41-2. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60858-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60858-8). PMID:24965821.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.020, de 29 de Maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, 2013 [citado em 2020 out 16]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html
31. Martin K, Mullan Z, Horton R. Overcoming the research to policy gap. Lancet Glob Health. 2019 mar;7(Supl 1):S1-2. [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30082-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30082-8). PMID:30857615.
32. Arrais AR, Mourão MA, Fragalle B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. Saude Soc. 2014 mar;23(1):251-64. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000100020>.
33. Vescovi G. Perda gestacional: implicações para as famílias e experiência nos serviços de saúde [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre; 2018.