

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MELISSA PEREIRA SEGUNDO

**PSICODINÂMICA DO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL E PRÉ-NATAL
PSICOLÓGICO DE ALTO RISCO**

Natal
2017

MELISSA PEREIRA SEGUNDO

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL E PRÉ-
NATAL PSICOLÓGICO DE ALTO RISCO.**

Relatório de Estágio apresentado como requisito avaliativo parcial da disciplina de Estágio Profissionalizante em Psicologia do Curso de Psicologia da UNI-RN.

Supervisor Acadêmico: Profa. Dra. Luciana Carla Barbosa de Oliveira (CRP 17/0742).

Supervisor de Campo: Darliane Dantas de Oliveira (CRP 17/1204).

Natal

2017

RESUMO

O ciclo gravídico-puerperal é um período de transição marcado por mudanças em nível psíquico, biológico, social e socioeconômico. Além disso, pode implicar em sentimentos como angústia e medo do desconhecido, que se não tratados e esclarecidos, pode vir a interferir no percurso saudável da gravidez. Ademais, há mulheres que estão situadas em um contexto de risco devido à fatores tanto biológicos como sociais, que necessitam de um cuidado psicológico especial e de forma preventiva para que não desenvolvam transtornos psíquicos decorrentes do CGP (Ciclo gravídico-puerperal) e que possam desenvolver o vínculo com o bebê e ter uma qualidade de vida durante o período de forma que isso se estenda para a sua vida. Portanto, se esclarece a importância do pré-natal psicológico de alto risco durante o CPG. O estágio obrigatório acontece nesse contexto de pré-natal psicológico, no acolhimento e acompanhamento a gestantes consideradas de alto risco e outras demandas relacionadas à gravidez que aparecem no contexto da maternidade. A psicodinâmica como abordagem base tendo como a psicoterapia breve de técnica utilizada durante o pré-natal também se fazem importantes para que se compreenda a dinâmica do ciclo gravídico-puerperal, tendo base para um cuidado mais completo com a família.

Palavras-Chave: Ciclo gravídico-puerperal; pré-natal psicológico; psicoterapia breve; gestação de alto risco.

SUMMARY

The pregnancy-puerperal cycle is a transition period marked by changes in the psychic, biological, social and socioeconomic levels. Furthermore, it can imply feelings like anguish and fear of the unknown, which if untreated and clarified, may interfere with the healthy of pregnancy. In addition, there are women who are situated in a risky context due as biological as social factors, which require a especial psychological care in a preventive way so that they do not develop psychic disorders due to the PCC (Pregnancy-puerperal cycle) and that could develop a bond with the baby and have a life quality during the period so that this will extend into your life. Therefore, the importance of high-risk psychological prenatal care during PCC is clarified. The obligatory internship occurs in this context of psychological prenatal care, in the reception and monitoring of high risk pregnant women and other pregnancy-related demands that appear in the context of maternity. The psychodynamics as a basic approach having how the short focused psychotherapy of the technique used during the prenatal period are also important for understanding the dynamics of the pregnancy-puerperal cycle, being the basics for a more complete care with the family.

Keywords: Pregnancy-puerperal cycle; psychological prenatal care; brief psychotherapy; gestation.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	8
2.1 PSICOLOGIA DA SAÚDE	8
2.2 PSICOLOGIA HOSPITALAR.....	9
2.3 MATERNIDADE	12
2.4 PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO.....	12
2.5 PSICOLOGIA/PSICODINÂMICA DO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL (CGP) ...	14
2.6 PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO E ATENÇÃO À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO....	17
2.7 PSICODINÂMICA.....	19
2.8 PSICOTERAPIA BREVE (PB)	20
3 PROBLEMATIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO	22
3.1 ANÁLISE DIAGNÓSTICA DO CAMPO DE ESTÁGIO	23
3.3 ATIVIDADES PROPOSTAS, OBJETIVOS E METODOLOGIA.....	24
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	25
4.1 CASO CLÍNICO: apresentação	25
4.1.1 Relação com o pai de nascituro	25
4.1.2 Gravidez	25
4.1.3 Perda gestacional	26
4.1.4 Parto	26
4.1.5 Primeira sessão: entrevista inicial	26
4.1.6 Segunda sessão	27
4.1.7 Terceira sessão	28
4.1.8 Quarta sessão	28
4.1.9 Conclusão do caso	21
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	23
REFERÊNCIAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

Durante o percurso da vida, o indivíduo vai constituir a sua personalidade passando por várias fases do desenvolvimento. Os tipos de comportamento e estado emocional vão se alterando de acordo com cada uma destas, nesse contexto, é importante levar-se em consideração a interação das três esferas que envolvem o indivíduo: biológica, psicológica e social. O que é considerado normal em um estágio pode ser considerado incomum em outro. Logo, se faz importante que o estudante e profissional da área da saúde e mais precisamente, da psicologia, se aproprie das características próprias de cada período para compreender o ser humano em sua esfera biopsicossocial. Bem como entender os conflitos psíquicos, comportamentos e compreender melhor a subjetividade humana.

Além disso, o processo de hospitalização é considerado uma crise situacional, na qual segundo Sá (2008, p. 3): “reflete oscilações no indivíduo na tentativa de buscar equilíbrio entre si mesmo e seu entorno. Quando este equilíbrio é rompido, está instaurada a crise”, logo, esse processo merece atenção e cuidado a fim de que se encontre uma resolução para a mesma, restaurando os recursos de enfrentamento do indivíduo.

A gravidez como crise é explicada por Maldonado (1976) como sendo um período de transição na vida da mulher em que a necessidade de reajustamento e reestruturação irá fazer parte, pois são muitas as mudanças que ocorrem nesse período. Nesse sentido, é importante que se tenha conhecimento acerca do ciclo gravídico-puerperal (CGP) e seus aspectos emocionais e biológicos, uma vez que nesse período, a mulher passa por intensas transformações hormonais, biológicas e em sua própria autoimagem, e que isso pode afetar seu modo de pensar, agir e tem consequências emocionais. Além disso, compreender melhor o que está em sua volta e que nem toda gravidez é desejada, planejada e bem vista pelo casal. Como afirma Eizirik (2001), as elaborações psíquicas que ocorrem durante o período gestacional são percebidas como um desconforto, nervosismo e não como algo racional. Mobilizando assim, defesas como negações, somatizações, reações maníacas. Logo, um apoio psicológico durante esse período pode trazer ganhos significativos para o casal.

Ainda no contexto do CGP, deve-se lembrar das gestações de alto risco, que merecem um cuidado especial por já se encontrarem em uma situação que causa

angústia e manifestações emocionais próprias de cada situação de risco. Sendo assim, o presente trabalho trará uma organização teórica acerca dos aspectos da hospitalização no geral, especificando-se mais no contexto da maternidade e questões a respeito da psicodinâmica do ciclo gravídico-puerperal. Também é apresentada aqui a importância do pré-natal psicológico na gestação de alto risco como forma de prevenção e identificação precoce e precisa dos transtornos psíquicos da gravidez e do puerpério (BORTOLETTI, 2007), uma vez que esse é o foco do estágio curricular.

Por fim, vale salientar que a área do estágio escolhida é de grande relevância para o cuidado psicológico por se tratar de um importante momento na vida da mulher, que envolve mudanças, expectativas e medos. O estágio supervisionado ocorreu na Maternidade do Divino Amor, no Município de Parnamirim/RN, local onde existe uma significativa demanda de gestação de alto risco, que exige um olhar mais cuidadoso por parte do profissional de psicologia.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 PSICOLOGIA DA SAÚDE

Desde a infância, o indivíduo vai se constituir inserido em um meio socioeconômico, cultural e individual particular, o que vai determinar sua relação com a saúde/doença em um determinado contexto e momento da vida. De acordo com Almeida e Malagris (2011), a Psicologia da Saúde vem para compreender a inter-relação do processo saúde/doença e comportamento do sujeito sobre eles, não estando interessada apenas na doença (designada ao saber médico), mas no lidar do indivíduo no processo do adoecer e tratamento, bem como que comportamentos estão associados ao aparecimento da doença.

Logo, o papel do psicólogo no contexto da saúde vai ultrapassar as barreiras biológicas e sendo necessário enxergar o indivíduo em sua esfera biopsicossocial, estudando e entendendo de que forma os fatores biológicos, comportamentais e sociais interferem no processo do adoecer. Para Moraes (2006), tal perspectiva vai permitir que a doença seja vista como um resultado da interação de mecanismos celulares, teciduais, orgânicos, interpessoais e ambientais. Contudo, a compreensão correta de que o indivíduo está inserido em várias esferas (biológica, psicológica e social) acaba resultando um olhar mais cuidadoso e abrangente com o mesmo e passa a considerar então, as doenças psicossomáticas, uma vez que a esfera psicológica está sendo pensada.

Considera-se que a psicologia da saúde também é responsável por trazer contribuições das mais diversas áreas da psicologia (clínica, social, comunitária, psicobiologia) para o campo da saúde. Essa ótica permite ser uma das ferramentas para obter a melhora da qualidade de vida do sujeito e de uma comunidade, promovendo e guardando a saúde e tendo como objetivo principal, interferir através das intervenções psicológicas para que o sujeito tenha uma melhora no seu bem-estar (TEIXEIRA, 2004).

Dentro do campo da saúde, alguns psicólogos estão focados na promoção da saúde e prevenção da doença, outros estão no campo do ensino e formação (TEIXEIRA, 2004). Nessa circunstância, o psicólogo pode estar inserido em diversos contextos: em instituições como hospitais; instituições de ensino visando a pesquisa

e formação; no ministério da saúde. No Brasil, de acordo com a resolução Nº. 03/2016 do Conselho Federal de Psicologia:

XIII. Profissional especialista em Psicologia em Saúde: atua em equipes multiprofissionais e interdisciplinares no campo da saúde, utilizando os princípios, técnicas e conhecimentos relacionados à produção de subjetividade para a análise, planejamento e intervenção nos processos saúde e doença [...] podendo exercer funções em instâncias municipais, estaduais ou nacional (CFP, 2016).

Quando se leva em consideração o fato que o indivíduo deve ser visto em sua esfera biológica, psicológica e social, é preciso lembrar que dependendo do contexto em que ele está inserido, o cuidado nem sempre vai ser feito da mesma forma. No Brasil, uma forma de atuação muito difundida dentro da psicologia da saúde é no campo hospitalar, por ter sido um dos primeiros movimentos mais consistentes nessa área. A psicologia hospitalar contextualiza o indivíduo em situação de adoecimento dentro de um hospital.

2.2 PSICOLOGIA HOSPITALAR

A psicologia hospitalar nasce no Brasil entre 1952 e 1954 por meio do empenho de Mathilde Neder, que fazia um trabalho no Hospital das Clínicas (HC) da USP. Mathilde trilhou um extenso e rico caminho dentro da psicologia, contribuindo para a consolidação profissional e reconhecimento da profissão. Enquanto estava como presidente da Sociedade de Psicologia de São Paulo, lutou pela criação do Sindicato dos Psicólogos de São Paulo e em 1975 assumiu a presidência da Associação Brasileira dos Psicólogos (que mais tarde, denominou de Associação Brasileira de Psicologia). Em 1989, criou o Centro de Estudos em Psicologia Hospitalar (CEPPHO), de esfera nacional e internacional.

Historicamente, a clínica privada foi onde o psicólogo se fixou inicialmente tendo como principal instrumento de trabalho a prática psicoterápica e os recém formados tendiam a se inserir nesse campo. Entretanto, na década de 80 a área da saúde pública começa a se consolidar como mais uma possibilidade de trabalho para o profissional, que se inseriu inicialmente nos hospitais psiquiátricos. A criação de uma rede de assistência interligada que culmina na criação do Sistema Único de Saúde, fixa de vez o psicólogo no campo de saúde pública (MARCON; LUNA;

LISBÔA, 2004).

Dentro do contexto hospitalar, encontram-se indivíduos geralmente fragilizados e em sofrimento. Segundo Simonetti (2004), quando um sujeito com sua subjetividade depara-se com a realidade de uma doença, algo patológico e que vai contra a tudo aquilo que é considerado “normal” no percurso natural da vida, surgem diversos aspectos psicológicos que vão permear a vida do indivíduo, da família e da equipe hospitalar. Nessa circunstância, surge também o principal objetivo da psicologia hospitalar: identificar, entender e tratar tais aspectos do sujeito que estão em torno do processo de adoecimento. Vale ressaltar que o psicólogo hospitalar não irá tratar apenas das doenças de causas “psíquicas” (psicossomáticas), mas de toda e qualquer doença que possa acometer o indivíduo, pois cada uma delas tem suas próprias características e subjetividade. Sendo assim, o seu objeto de estudo são os aspectos psicológicos dos indivíduos acometidos por uma doença (SIMONETTI, 2004).

De acordo com Silva (2009), apesar do avanço das ciências, de técnicas de tratamento e diagnóstico visando à melhora da qualidade de vida das pessoas e ocasionando uma melhora na relação dos indivíduos com o autocuidado, as enfermidades que os acometem são inevitáveis, e o hospital continua sendo um ambiente de muita dor, sofrimento, medo e iminência de morte. O sujeito sai de seu lar para o processo de hospitalização, muitas vezes perde seus hábitos, identidade e convivência social e familiar. Nesse contexto, surge a importância de se ter um psicólogo presente na instituição, a fim de tratar os aspectos psicológicos referentes a qualquer doença que o indivíduo seja acometido, bem como cuidar de sua singularidade.

Para Simonetti (2004), aspecto psicológico é o nome que é dado para a manifestação da subjetividade humana na presença da doença, como: medo, fantasias, sonhos, crenças, pensamentos, comportamentos, lembranças e modo de lidar com a enfermidade. Os aspectos psicológicos podem surgir como causa, consequência, agravante do quadro clínico, consequência do adoecimento, etc. Além disso, tais aspectos podem estar presentes no paciente, na família e até mesmo na equipe, e esse será o foco do trabalho do psicólogo.

Simonetti (2004, p. 33) afirma ainda que, "em medicina, diagnóstico é o conhecimento da doença por meio de seus sintomas, enquanto na psicologia hospitalar o diagnóstico é o conhecimento da situação existencial e subjetiva da

pessoa adoentada em sua relação com a doença". Ou seja, enquanto a medicina trata dos aspectos orgânicos da patologia, a psicologia vai tratar da subjetividade da situação, dos aspectos psicológicos que permeiam a vida do sujeito naquele momento, buscando uma ressignificação de sua postura frente à doença a fim de buscar uma melhora em sua qualidade de vida e amenizar o sofrimento causado pela situação.

De acordo com a resolução do Conselho Federal de Psicologia (CFP) Nº 02/01, a respeito do trabalho do psicólogo hospitalar:

Atua em instituições de saúde, participando da prestação de serviços de nível secundário ou terciário da atenção a saúde. Atua também em instituições de ensino superior e/ou centros de estudo e de pesquisa [...] O acompanhamento pode ser dirigido à pacientes em atendimento clínico ou cirúrgico, nas diferentes especialidades médicas. Podem ser desenvolvidas diferentes modalidades de intervenção, dependendo da demanda e da formação do profissional específico; dentre elas ressaltam-se: atendimento psicoterapêutico; grupos psicoterapêuticos; grupos de psicoprofilaxia; atendimentos em ambulatório e Unidade de Terapia Intensiva; pronto atendimento; enfermarias em geral; psicomotricidade no contexto hospitalar; avaliação diagnóstica; psicodiagnóstico; consultoria e interconsultoria. No trabalho com a equipe multidisciplinar, preferencialmente interdisciplinar, participa de decisões em relação à conduta a ser adotada pela equipe, objetivando promover apoio e segurança ao paciente e família, aportando informações pertinentes à sua área de atuação, bem como na forma de grupo de reflexão, no qual o suporte e manejo estão voltados para possíveis dificuldades operacionais e/ou subjetivas dos membros da equipe (CFP, 2001).

Se considerar-se que a relação do indivíduo com uma doença ou situação de crise causa nele aspectos psicológicos próprios da situação, é preciso considerar o contexto em que o psicólogo está inserido dentro do hospital. O período gestacional é uma situação de transição existencial, e de grande relevância para a família e para o bebê, pois envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em vários sentidos. (MALDONADO, 1976; PICCINI, 2008) Logo, exige que se tenha conhecimento por parte do profissional acerca de aspectos próprios do ciclo gravídico-puerperal para que possa se propiciar condições adequadas a um desenvolvimento saudável nesse período.

2.3 MATERNIDADE

Dentro do contexto hospitalar, no que diz respeito à atuação do psicólogo, um dos campos de atuação é a maternidade, que acompanha uma importante fase da vida da gestante e/ou sua família que está a espera de um bebê. Mas segundo Leal (1992), nem sempre foi assim, pois a maternidade era o local aonde a maior preocupação era fazer diminuir as mortes de bebês e seqüelas de problemas Perinatais para as mães e crianças, ou seja, eram voltadas apenas para serviços obstétricos. Com o passar do tempo, a preocupação com a mãe e com o recém nascido foram surgindo. Aspectos motores, de aprendizagem e de cuidado com o bebê foram sendo cuidados por pediatras, enquanto por outro lado, com o aparecimento de novas tecnologias, foi surgindo uma visão profilática com relação ao período gestacional através de exames diagnósticos como também a preocupação com gravidez anterior mal sucedida e um conjunto de fatores que poderiam interferir na gestação atual foram sendo cuidados de maneira mais preventiva. Além disso, passou-se a considerar o casal grávido e o pai a se envolver mais na gestação através de comportamentos, acompanhamento em consultas, apoio emocional à mãe, ajuda nos preparativos para a chegada do bebê, sendo assim, se reconhece que esse pai também passa por momentos de ansiedade e preocupações similares aos da mulher (PICCINI, 2004b).

2.4 PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

Martins (2002, p. 31) afirma que “A gravidez é evento fisiológico cujo desenvolvimento exige adaptações do organismo materno voltado para a nutrição e bem estar do concepto devendo ultimar ao redor da 40^a a 42^a semana, com produto vivo, sadio, com peso e idade adequados”. Porém, o que acontece na realidade é que nem sempre a gravidez vai seguir o seu rumo como o esperado para que se tenha um desenvolvimento saudável do bebê. Há uma parcela de mulheres que apresentam condições desfavoráveis ao desenvolvimento saudável da gestação e outras que irão passar por intercorrências advindas do próprio período.

Historicamente, o atendimento de pré-natal é realizado pela medicina e enfermagem. Conforme Correa e Oliveira (1999 apud CALDAS *et al.*, 2013, p. 67):

O pré-natal apresenta os seguintes objetivos: diagnosticar ou confirmar enfermidades maternas, assim como realizar o tratamento; acompanhar a evolução da gravidez, observando as condições da gestante e o desenvolvimento fetal; diagnosticar e tratar intercorrências clínicas referentes à gravidez; recomendar medidas preventivas para saúde da gestante e do feto e preparar a gestante para o parto e o aleitamento.’

Dessa forma, entende-se que o pré-natal tem como finalidade garantir que as gestações de baixo risco tenham um andamento conforme o esperado e identificar previamente uma irregularidade para que se possa tratar de forma profilática a saúde da mãe e do bebê, bem como tratar de doenças confirmadas durante a gestação.

É importante ressaltar que, de acordo com o Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2016) “Toda mulher tem direito a realizar exames de acompanhamento pré-natal, dar à luz com segurança, à licença-maternidade e a amamentar o seu filho.” Logo, o empoderamento e a ciência da mulher acerca de seus direitos enquanto gestante é um importante fator para que o pré-natal aconteça, pois a ausência do pré-natal já acarreta em si um fator de risco (BRASIL, 2000).

Uma gestação é considerada de risco quando existem fatores desfavoráveis associados a várias condições que podem atrapalhar o seu percurso. Estas podem ser pré-existentes na vida da mulher, como: características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior à gestação atual; ou decorrentes da mesma: doenças obstétricas na gravidez atual; intercorrências clínicas (BRASIL, 2000).

Diante do exposto, pode-se compreender a importância do trabalho de uma equipe multidisciplinar no contexto da gestação de alto risco, que abrange o cuidado com a gestante, levando-se em consideração que existem muitos fatores que podem afetar uma gravidez, se compreender os aspectos clínicos, socioeconômicos e emocionais. (CALDAS *et al.*, 2013) Vale salientar que o psicólogo é um importante membro dessa equipe, uma vez que se considera importante os aspectos emocionais envolvidos no ciclo gravídico-puerperal. Além disso, a portaria nº 1020, de 29 de maio de 2013 do Ministério da Saúde determina que o psicólogo deva fazer parte da equipe para atenção à gestação de alto risco, como também à puérpera e ao recém-nascido.

2.5 PSICOLOGIA/PSICODINÂMICA DO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL (CGP)

O cuidado médico em obstetrícia vem sendo cada vez mais aperfeiçoado com o avanço do conhecimento científico acerca do tema. Esse fato gera uma relação de confiança da gestante com o médico. Porém, os aspectos psicológicos que permeiam o ciclo gravídico-puerperal precisam ser englobados (SARMENTO, 2003). Nesse contexto, o trabalho do psicólogo, principalmente no que diz respeito a uma gestação de alto risco, é de suma importância para identificar possíveis transtornos psíquicos que possam interferir na gestação, bem como prevenir o aparecimento dos mesmos e amenizar a angústia da gestante diante de todas as mudanças que ocorrem nesse período.

Segundo Maldonado (1976), existem três períodos críticos no ciclo vital da mulher que são caracterizados por mudanças metabólicas e estado temporário de equilíbrio instável que se dá devido às grandes mudanças no papel social, necessidades de novas adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos e mudança de identidade. São eles: a adolescência, a gravidez e o climatério. Para a referida autora, a mulher que está tendo o primeiro filho (primípara) deixa de ser filha para ser mãe, passa por alterações físicas e psíquicas, e a responsabilidade aumenta, os papéis dentro de casa mudam de lugar e as relações familiares tendem a alterar-se uma vez que o convívio do casal vai mudar ou, no caso de casais que já tem filhos (multípara), a dinâmica familiar se altera com a chegada de um novo membro. Com relação ao casamento, a gravidez pode desestruturar relações frágeis ou levar a maiores níveis de integração, dependendo da estrutura do casal. Há também casos em que situações mal resolvidas da infância podem vir à tona, como o ciúme do irmão mais novo para o homem, e para a mulher, a dependência infantil com relação à mãe, por exemplo. Sendo assim, “a gravidez pode constituir uma ameaça ao casamento ou ao equilíbrio pessoal” (MALDONADO, 1973, p. 23).

O ciclo gravídico puerperal é uma fase de transição que faz parte do processo do desenvolvimento humano e que causa mudanças em diversos âmbitos da vida da mulher e não só no campo biológico e emocional, mas envolve também aspectos sociais, profissional, familiares, conjugais, pessoais. O que faz surgir a necessidade de reajustamento e reestruturação na vida do casal (MALDONADO, 1973; BORTOLETTI, 2007). Vale ressaltar que cada mulher vai reagir de uma maneira diferente a essas mudanças, a depender da subjetividade de cada situação,

que envolve relação com o parceiro, momento em que ocorreu a gravidez, condições socioeconômicas e emocionais de cada casal.

As mudanças no âmbito profissional e o medo com relação a fatores sócio-econômicos também são comuns e causam preocupações, pois muitas vezes a mulher precisa suspender algumas atividades e afastar-se por um tempo do trabalho, esse tempo livre vai facilitar o contato consigo mesma, e com o bebê, mas também causa preocupação com o futuro, com o fator financeiro e o risco de frustrar-se aumenta, podendo gerar raiva e ressentimento que a impede de encontrar gratificação na gravidez (MALDONADO, 1973).

Existem alguns aspectos psicológicos e no comportamento feminino que irão acompanhar a gestação desde o descobrimento da mesma até o puerpério, e a ambivalência afetiva é um desses aspectos. Este é um sentimento que se fortifica durante o ciclo gravídico-puerperal desde o início da gestação quando a mulher se dá conta do atraso menstrual e pensa na possibilidade de estar ou não grávida até a confirmação da gravidez, que faz com que não se exista mais certeza de nada dali em diante. Toda mulher gestante quer e não quer estar grávida, e isso se dá devido ao fato de ocorrerem muitas mudanças durante o período. A gravidez implica em ganhos e perdas, um misto de alegria e tristeza; a surpresa da descoberta e o susto desagradável. Tudo se torna incerto diante da descoberta da gestação, se poderá continuar fazendo suas atividades; como o feto está dentro de seu útero; se, no período puerperal poderá amamentar e suprir o bebê em suas necessidades básicas. Logo, é preciso estar atento para esclarecer as dúvidas da gestante, pois essa ambivalência pode desencadear transtornos psíquicos mais específicos. (MALDONADO, 1973; BORTOLETTI, 2007).

Outro importante aspecto emocional que permeia a vida da gestante é a regressão, considerada importantíssima e fundamental no período gestacional. Esta não deve ser vista como algo negativo, pois naturalmente, irá auxiliar para que a mulher tenha sentimentos e comportamentos infantilizados, que será de fundamental importância para os cuidados com o recém nascido. Porém, isso só vai ser possível acontecer através de outro aspecto, que é a “introversão”, na qual a mulher tende a ficar mais centrada em si mesma, em seu “mundo interno”, e é nesse momento que, inconscientemente, se aproxima do feto e sua intuição vai se desenvolvendo para que ocorra a maternagem com o nascimento do bebê. Portanto, a regressão, quando manifestada de forma saudável e não patológica, tem um precioso valor na

formação do vínculo mãe-bebê. Quando esse aspecto não foi desenvolvido, o foco do psicólogo será o de estimular tal vivência através da livre expressão dos sentimentos latentes e a angústia relacionada a estes sentimentos, bem como orientá-la acerca desse processo. Além disso, a hipersensibilidade que deixa a mulher por hora alegre e no outro minuto, chorosa, é comum nesse período. Essa oscilação de humor deve ser olhada com cuidado pelas pessoas próximas e, principalmente, pelo parceiro, para que a relação conjugal não seja afetada (BORTOLETTI, 2007).

Como afirma Maldonado (1973, p. 48): “Se a gravidez pode ser considerada como um período de maior vulnerabilidade, o parto pode também ser encarado como um momento crítico que marca o início de uma série de mudanças significativas [...]” O parto é um dos momentos de maior ansiedade durante todo o ciclo, pois ainda é visto como algo desconhecido, não se sabendo o que virá depois e não existindo a clareza de como ele acontecerá, mas com a única certeza de que ocorrerá e que é algo inevitável. O que pode gerar na mulher insegurança e angústia. Além disso, haverá o corte do cordão umbilical, momento no qual a mulher encontra o bebê real que irá trazer uma série de mudanças e responsabilidades.

Segundo Bortoletti (2007), o puerpério é considerado o período mais delicado de todo o ciclo, uma vez que a mulher irá, de forma concreta, assumir a maternidade ainda estando sensível e com o emocional bastante frágil. Nesse sentido, é preciso pensar-se na família como um todo, que não se forma da noite para o dia, mas se altera (no caso de múltiparas) ou vai se formando, no caso de primíparas. Nos dois casos, cada membro da família vai assumindo seu novo papel. É nesse processo que muitos casais não suportam a nova reestruturação e entram em crise conjugal.

É nesse momento também, que as mulheres ficam vulneráveis ao surgimento da depressão pós-parto (DPP), que geralmente se manifesta duas semanas após o parto. O fato de a puérpera estar regredida pode gerar um sentimento de solidão que pode vir a desencadear o quadro (BORTOLETTI, 2007). Nesse sentido, faz-se importante a presença do companheiro (a) e da mãe, que vão lhe transmitir segurança e proteção, bem como auxiliar nos cuidados com o bebê.

Para o homem, a experiência da gravidez é bem diferente, pois não se beneficia do fator biológico existente na mulher, porém, apesar de não carregar o bebê na barriga, também passa por mudanças como consequência da gravidez. Um

exemplo de que o pai é capaz de viver tão intensamente o momento da gestação como a mulher, é a síndrome de couvade, na qual o homem pode apresentar um conjunto de sintomas biológicos inconscientes como náuseas, dores e outros durante a gestação da mulher (MARTINI; PICCININI; GONÇALVES, 2010).

Diante de todas as mudanças repentinas, adaptações na vida da mulher e fatores citados anteriormente que podem interferir no desenvolvimento saudável da gestação, deve-se considerar que a psicologia pode contribuir nesse período através do pré-natal psicológico, ferramenta que vai ajudar a amenizar as angústias causadas pelo período, levando em consideração a psicodinâmica do CGP, priorizando a exteriorização e elaboração do conteúdo psíquico (BORTOLETTI 2007).

2.6 PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO E ATENÇÃO À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

Como já mencionado, pode-se perceber que para algumas mulheres, a gravidez é um evento planejado e desejado, de realização pessoal, mas nem sempre ocorre dessa forma. Muitas vezes, os obstetras preocupam-se com alterações psicológicas que acompanham certos quadros como: hipertensão, diabetes, obesidade, etc. Mas deve-se pensar também nos casos em que existem transtornos psíquicos preexistentes que podem interferir na evolução normal da gravidez. Para que se possa prevenir o acontecimento de um transtorno psíquico durante a gravidez, é importante que se trabalhe com a identificação precoce dos mesmos, levando-se em consideração a promoção da integridade biopsicossocial da gestante, do bebê e da família, para que se formem vínculos saudáveis. O período da gestação é marcado por mudanças de hábitos, medos e alterações emocionais próprias do período. Nesse contexto, o pré-natal psicológico vai servir como um importante instrumento na prevenção e na constatação de transtornos ainda no período gestacional, de forma que se possa ter um cuidado do ponto de vista psicológico com essas mulheres.

Segundo Bortoletti (2007), a psicoprofilaxia se refere a uma prevenção de transtornos psicológicos, e nesse contexto em específico, pode-se chamar de “pré-natal psicológico.”

O pré-natal psicológico surge no sentido aliviar as angústias causadas pela gravidez e garantir uma vivência saudável do período para o casal, a fim também de

evitar o surgimento de transtornos psíquicos. Este se diferencia do curso para gestantes, e deve ainda ser realizado por um psicólogo com formação específica (BORTOLETTI, 2007).

Segundo Caldas *et al.* (2013), existem quatro eixos que vão dar sustentação teórica para a prática interventiva do pré natal psicológico: gestação de alto risco, psicodinâmica da gravidez, vínculo afetivo mãe-bebê- família e rede de apoio. Ou seja, é preciso que o profissional tenha conhecimento a respeito da gestação de alto risco e psicodinâmica da gravidez, já falados anteriormente, para garantir que o acompanhamento esteja contextualizado, levando em consideração todos os aspectos e as mudanças que envolvem a vida da mulher nesse período.

A teoria do apego de Bowlby define que o senso de segurança de alguém está ligado a uma figura de apego, que vai proporcionar para o indivíduo segurança para explorar o mundo (SCHNEIDER, 2010). Para Bowlby (1998), os seres humanos estão propensos a estabelecer fortes laços de afeição com pessoas específicas. Considerando o apego como um estado interno, sua manifestação vai ocorrer através do comportamento de apego (SCHNEIDER, 2010), que vai se diferenciar do comportamento de alimentação e sexual, porém, tem o mesmo significado e importância para a sobrevivência do indivíduo. Tal comportamento vai levar ao desenvolvimento de laços afetivos ou apegos da infância até a fase adulta, além de mantê-lo em contato com aquele que cuida dele e o protege de tudo aquilo que possa lhe afligir.

Gabbard (2006) afirma a importância desse vínculo na relação mãe-bebê ao reconhecer que os cuidadores precisam ter capacidade em observar o estado intencional e mundo interno do bebê para facilitar a formação de vínculos seguros na sua infância. A formação do vínculo afetivo mãe-bebê-família e as questões que podem influenciar na formação desse vínculo devem ser consideradas pelo psicólogo durante o pré-natal. Para Piccinini *et al.* (2004a), a relação da mãe com seu bebê vai se constituindo desde o período pré-natal, e é influenciada pelas expectativas que ela tem sobre o mesmo e pela interação que estabelece com ele. Já com o pai, a formação do vínculo pode acontecer de forma mais lenta, uma vez que não o carrega dentro de si, como a mulher, mas apesar disso, faz adaptações e enfrenta dúvidas e angústias semelhantes. Além disso, o envolvimento do pai vai variar bastante durante a gestação a depender da personalidade de cada um e conforme o desenvolvimento do bebê.

O suporte advindo da rede de apoio é essencial nas várias fases de transição e de crise da vida do indivíduo. Segundo Dessen e Braz (2000) é um sistema que vai oferecer apoio emocional e instrumental nas diferentes necessidades da pessoa. Para Caldas *et al.* (2013), a rede de apoio será acionada geralmente quando as pessoas passam por problemas, dificuldades ou dúvidas. Cada indivíduo terá uma função dentro dessa rede, como: apoio cognitivo, guia espiritual, ajudas práticas etc. Nesse contexto, o nascimento de um filho acaba mobilizando a rede de apoio, uma vez que exige um cuidado maior com aspectos emocionais e necessidade de lidar com novas tarefas.

Ainda no contexto do pré-natal psicológico, considera-se a gestação de alto risco como um dos focos importantes, pois cada situação de risco vai determinar mudanças no estado emocional do casal. Logo, a importância do serviço de pré-natal psicológico se dá, pois no ciclo gravídico-puerperal o casal passa por mudanças inesperadas na rotina e emocionais e, muitas vezes, não lidam de maneira saudável com as mesmas. O psicólogo nesse contexto irá oferecer um serviço que não visa apenas os aspectos biológicos e clínicos do contexto, mas irá trabalhar a fim de facilitar a elaboração da gestante acerca das estratégias de enfrentamento perante a sua condição atual (CALDAS *et al.*, 2013).

Entender o funcionamento específico da psicodinâmica da gravidez é importante para que o acompanhamento seja feito de forma embasada e dentro de um contexto, e, além disso, se faz necessário também ter um norte a fim de auxiliar e fundamentar teoricamente para que o profissional olhe para aquele indivíduo através de uma ótica e o colocando em um determinado contexto de acompanhamento.

2.7 PSICODINÂMICA

A abordagem psicodinâmica tem sua origem na teoria psicanalítica e segundo Gabbard (2006, p. 15) “a teoria psicodinâmica moderna tem sido com frequência considerada como um modelo que explica o fenômeno mental como resultante do desenvolvimento do conflito”. Isto é, deve-se considerar que o surgimento de um conflito mal resolvido na infância, por exemplo, pode desencadear um problema maior futuramente, o sintoma.

Para o referido autor, existem alguns princípios originados na técnica psicanalítica que vão guiar o terapeuta psicodinâmico, são eles: experiência subjetiva; inconsciente; determinismo psíquico; experiências infantis e resistência. No que diz respeito à experiência subjetiva, o autor diz ainda que deve-se abordar o paciente tentando enxergar aquilo que é singular em cada um deles, e o que o diferencia do outro, investigando seu passado e sua história de vida. Afirma também que os sintomas e comportamentos são vistos apenas como resultados finais de experiências pessoais e subjetivas, sem que se tenha a necessidade de rotular-se a razão da qual surgiu aquele determinado sintoma naquele sujeito. Além disso, vale ressaltar que o mundo interno do paciente como: fantasias, sonhos, medos, impulsos, desejos, reações psicológicas aos sintomas são levados em consideração para a psicodinâmica. Outro pressuposto importante na teoria é o inconsciente, que para Gabbard (2006), o terapeuta dinâmico deve considerar sintomas, comportamentos como reflexos inconscientes que surgem com o objetivo de defender o sujeito contra desejos e sentimentos reprimidos.

Já o determinismo psíquico define que existe uma força inconsciente que vai determinar nossas escolhas e comportamentos, sem que isso venha a nossa consciência. As experiências infantis têm uma grande importância na personalidade adulta, por isso, ainda de acordo com Gabbard (2006), o terapeuta dinâmico deve escutar com atenção quando um paciente fala de sua infância, pois essas experiências relatadas podem ter uma relação importante com o problema atual. A resistência do paciente também tem um papel importante e deve ser observada, pois está ali na tentativa de evitar sentimentos desagradáveis e defender a doença do paciente, de forma similar aos mecanismos de defesa.

Logo, a psicoterapia dinâmica vai buscar entender os conflitos do presente a partir de acontecimentos traumáticos ou mal resolvidos do passado da vida do sujeito, levando em consideração a sua infância e subjetividade de cada um. Tendo como objetivo fazer o paciente elaborar e ressignificar aquilo que está sendo prejudicial à sua saúde mental.

2.8 PSICOTERAPIA BREVE (PB)

Pode-se dizer que a psicoterapia breve tem origem nos primeiros casos atendidos por Freud, que os estudou com tanta profundidade na busca de uma cura

para as neuroses que estes serviram de base para a teoria psicanalítica existente (AZEVEDO, 2004; GABBARD, 2006; RAPPAPORT, 2006).

De acordo com Azevedo (2004 p. 5), Freud apresentou um trabalho denominado “Linhas de progresso na terapia psicanalítica”, discutindo sobre diferentes tipos de atividades que poderiam ser permitidas ao terapeuta dentro da psicanálise para aprimorar a sua eficácia. Ainda segundo a autora, Freud reconheceu também que nem todas as neuroses deveriam ser tratadas com o auxílio da mesma técnica. Falava também de uma “situação que pertence ao futuro” referindo-se às novas técnicas que deveriam abarcar todas as classes sociais, demonstrando também preocupação com a saúde mental dos pobres.

No cenário atual, a PB tem mostrado uma possibilidade de atendimento mais amplo, alcançando um maior número da população, uma vez que o atendimento é breve e com intervenções focais, encaixando-se na realidade do sujeito atual (HOLANDA, 2012).

No que diz respeito à metodologia e técnicas, a PB tem objetivos reduzidos, levando-se em consideração as necessidades mais imediatas do indivíduo naquele momento específico. Para que se resolvam os sintomas e problemas atuais a fim de recuperar a capacidade de autodesenvolvimento do paciente, é preciso que se resolvam os conflitos subjacentes antes de tudo, e isso vai ser possível através dos insights, para que se tornem conscientes aspectos inconscientes relacionados ao sintoma em questão (BRAIER, 2000).

Nesse contexto, pode-se citar a psicoterapia de apoio breve é indicada para pessoas que estão passando por um momento de crise específica

3 PROBLEMATIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO

A Psicologia Hospitalar nasce da necessidade de entender e tratar os aspectos psicológicos que estão em torno do adoecimento. Adoecimento este, que se dá quando o sujeito que está em sua rotina considerada “normal” e esbarra em algo que é real e de natureza patológica, que não depende de sua vontade para acontecer. Cada doença é repleta de subjetividade e tem seus aspectos psicológicos, que esbarram na subjetividade do paciente, família e equipe. Daí surge a importância do trabalho do psicólogo dentro do contexto hospitalar (SIMONETTI, 2004).

Dentro do contexto hospitalar, surge a maternidade, ambiente que geralmente traz para as pessoas a idéia de “nascimento”, “esperança”, “vida”, aspectos positivos que estariam permeando a vida das mulheres naquele local. Porém, na prática o que se vê nem sempre é isso.

A maternidade é o local no qual muitas mulheres irão vivenciar o momento mais importante da vida, muitas vezes sem nenhuma intercorrência durante a gestação. Porém, o ciclo gravídico puerperal é um período marcado por intensas modificações na vida de um casal. E como já citado anteriormente, traz consigo aspectos socioeconômicos, emocionais, familiares, conjugais e sociais (BORTOLETTI, 2007).

O estágio supervisionado ocorre dentro da ênfase clínica, inserido no contexto hospitalar e tem como aporte teórico a abordagem psicodinâmica e a técnica da psicoterapia breve. O local de estágio é o hospital maternidade do divino amor (HMDA), localizado no município de Parnamirim. O HMDA conta com quatro psicólogas que compõem o serviço de psicologia e se dividem entre assistência hospitalar e ambulatorial. O estágio tem como foco o serviço de pré-natal psicológico, que ocorre no ambulatório e tem como público alvo gestantes que fazem o pré-natal de alto risco no hospital. Um dos objetivos é fazer um trabalho profilático a fim de evitar possíveis transtornos, baseando-se sempre na dinâmica do ciclo-gravídico puerperal, pois para Bortoletti (2007), esta vai se diferenciar da dinâmica psíquica fora do ciclo. Além disso, trabalha-se no sentido de aliviar as angústias, medos e fantasias das gestantes, tendo como foco sempre o desenvolvimento saudável do período.

3.1 ANÁLISE DIAGNÓSTICA DO CAMPO DE ESTÁGIO

As pacientes do pré-natal psicológico são encaminhadas pela equipe do hospital ou identificadas na atenção hospitalar. Dentre as principais demandas observadas, estão: histórico de depressão ou depressão pós-parto em gravidez anterior; ansiedade; histórico de perda gestacional; gravidez na adolescência; abuso de substâncias psicoativas; má-formação fetal.

Existem algumas situações específicas que irão implicar riscos para o desenvolvimento saudável do período gestacional. Além disso, é um período crítico de transição da vida da mulher, de mudanças e novas adaptações, o que pode ser vivido de forma saudável, ou do contrário, trazer transtornos emocionais (BORTOLETTI, 2007). Em razão disso, se faz importante ter um cuidado especial com a saúde mental dessas gestantes dentro da maternidade, surgindo a necessidade da existência de um setor de psicologia que também faça acompanhamento psicológico durante a gestação e puerpério.

É possível observar que o número de pacientes que chegam para a triagem é razoável e destas, uma parte segue em acompanhamento, mas boa parte das pacientes não segue o acompanhamento do pré-natal psicológico de forma contínua e chegam a abandonar por motivos variados como: condição socioeconômica desfavorável; problemas de saúde; problemas familiares; dificuldade para deslocamento até o hospital; questões profissionais, etc. Tal fato mostra a principal limitação que o serviço de pré-natal psicológico enfrenta: abandonos e desistências por parte das usuárias. Como já citado anteriormente por Maldonado (1991) e Bortoletti (2007), é um período marcado por mudanças em vários níveis, não só biológico e psicológico, mas também deve-se levar em consideração os fatores sócio-econômicos, em uma época em que a mulher trabalha fora e também é responsável pelo orçamento da casa. Logo, o trabalho e a situação financeira muitas vezes desfavorável acabam sendo um dos impedimentos no deslocamento da gestante para participar do serviço em questão.

3.3 ATIVIDADES PROPOSTAS, OBJETIVOS E METODOLOGIA

O acompanhamento das gestantes no serviço de pré-natal psicológico ocorreu à luz da teoria psicodinâmica, tendo como base o método da psicoterapia breve. O psicoterapeuta breve deve estar “focado” em alguma problemática do paciente, levando em consideração o que é mais urgente naquele momento, por isso é chamada de psicoterapia focal (BRAIER, 2000). No caso de acompanhamento à gestação, a psicoterapia breve é um valioso recurso, pois as pacientes precisam de resultados em um curto período de tempo, visto que podem acontecer intercorrências nesse período que interrompam o processo. A psicoterapia breve deve visar à resolução de conflitos atuais e tem objetivos específicos, além de contar com uma postura ativa do terapeuta. No contexto do estágio, as pacientes que chegam para o serviço de pré-natal psicológico passam por uma triagem e são acolhidas, momento em que uma anamnese é feita, que irá compor a ficha do setor e colher informações importantes para o processo terapêutico. Em seguida, é feita uma avaliação e planejamento a respeito da frequência do acompanhamento, que pode ser semanal, quinzenal ou mensal, de acordo com a demanda e a disponibilidade de cada gestante. O tempo estimado para o atendimento é de 40 minutos e em caso de internação da paciente, a visita é feita pela psicóloga responsável pelo setor.

Como afirma Bortoletti (2007), a gestação é um período de crise e um marco na vida da mulher e da família e exige uma adequação por parte desta para que se adapte à chegada do novo membro, que traz mudanças em vários níveis. Na gestação de alto risco, o cuidado precisa ser intensificado para evitar a ocorrência de transtornos como a DPP, por exemplo.

Um dos momentos da prática a ser abordado a seguir, será um estudo de caso que teve como base a psicodinâmica do CGP e psicoterapia breve. Foram realizadas quatro sessões de quarenta minutos cada, incluindo o acolhimento inicial.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A importância do pré-natal psicológico dentro da maternidade para se acompanhar uma gestação de alto risco se mostra na prática, principalmente quando se percebe que estas mulheres aderem ao acompanhamento e mostram melhora no quadro, aparentando recursos de enfrentamento fortalecidos, vínculo bem estabelecido com nascituro, etc.

4.1 CASO CLÍNICO: **apresentação**

Amanda (Nome fictício), 28 anos, 26 semanas de gestação. Motivo de encaminhamento: Teve um sangramento após contrariedade relacionada à conflitos conjugais. É solteira, mora só e trabalha de empregada doméstica. Paciente encaminhada pelo serviço de enfermagem.

- G2 A1 P0

4.1.1 **Relação com o pai de nascituro**

Amanda teve um relacionamento de cinco dias com Marcos (Nome fictício), de 23 anos de idade e engravidou. Marcos é copeiro e nega a paternidade, pediu exame de DNA. Amanda solicitou pensão e confirmação de paternidade judicialmente.

4.1.2 **Gravidez**

A gravidez não foi planejada e nem desejada inicialmente, porém a gestante não cogitou a possibilidade de abortar e passou a desejar com o passar do tempo. Tomava pílula como método anticoncepcional, porém, deixou de tomar alguns dias na época em que se relacionou com Marcos. Para ter informações sobre a gravidez, busca no site de vídeos “youtube”.

4.1.3 Perda gestacional

Sofreu uma perda de algumas semanas após uma queda há 10 anos, quando tinha 18 anos. Refere que não teve processo de luto complicado, pois era muito nova, aceitou bem. Há três anos, teve uma gravidez psicológica durante um relacionamento e fez acompanhamento psicoterápico. A pseudociese (gravidez psicológica) é um quadro o qual a paciente apresenta vários sintomas de gravidez e acredita que está grávida, porém, não existe feto. Neste quadro estão envolvidas questões psicológicas, desequilíbrios neuroendócrinos e fatores socioculturais. (DUARTE et. al., 2015)

4.1.4 Parto

Tem preferência por parto vaginal, porém tem medo de não aguentar ir até o final e morrer.

Dada prevista do parto: 10/09/2017

4.1.5 Primeira sessão: entrevista inicial

26 semanas (primeiro trimestre)

Gestante apresentando reserva de contato e humor adequado. Diz que mora só e tem dificuldade de contato com a rede de apoio. Refere mágoa do pai de seu filho pelo fato de ele não aceitar a paternidade e pedir exame de DNA. Diz que tenta cortar relações com ele, mas sempre muda de ideia. Tinha planos de fazer faculdade de radiologia, mas mudou de idéia depois da descoberta da gravidez. Apresenta bom vínculo com nascituro. Tem apetite adequado e sono prejudicado, além de crises de choro à noite. Relata que tem medo do parto, pois teme não conseguir chegar até o final e morrer. Maldonado (1991) afirma que o parto é um momento temido e considerado crítico por se tratar de uma situação de mudança de um estado para outro que é irreversível e que vai trazer uma série de mudanças na vida da mulher. Além disso, há o medo da morte, de ser dilacerada, da dor e das contrações.

A primeira sessão foi para colher as informações da paciente e fazer um roteiro de avaliação psicológica, que seriam de fundamental importância para o

seguimento do processo. O roteiro de avaliação psicológica, segundo Fongaro (1996), dentre outras funções, tem função diagnóstica, que vai possibilitar o levantamento de hipótese diagnóstica para aquele paciente; função de orientador de foco, favorecendo a determinação do foco que será trabalhado com o paciente; fornecimento de dados sobre a estrutura psicodinâmica da personalidade da pessoa, etc. Portanto, a entrevista inicial é de fundamental importância para que se tenha um norte naquele acompanhamento, bem como para conhecer o paciente e estabelecer um vínculo com o mesmo.

4.1.6 Segunda sessão

28 semanas (segundo trimestre)

Gestante chega com humor adequado. Relata que sente palpitações à noite e não consegue dormir bem. Também diz que não consegue dormir acompanhada e por isso, tem medo de desenvolver uma DPP após o bebê nascer, pois não estará mais dormindo só. Bortoletti (2007) alerta para a importância da psicoprofilaxia durante a gestação para a prevenção de Depressão pós-parto e psicose puerperal, sendo um dos focos da psicoterapia nesse período. Foi trazido para ela que ela já não dorme só, uma vez que carrega o bebê na barriga. Ela diz que já havia se dado conta disso. Relata que tem medo de que após o parto, precise ir dormir na casa de alguém ou precise ser acompanhada em casa. Declara rancor de Marcos e diz que tem contato com a mãe dele, que se preocupa com a sua gestação. É trazida a reflexão de que cada um tem uma forma de sentir, de sofrer e aceitar as situações difíceis e que talvez essa seja a forma de Marcos de enfrentar essa situação e que talvez precise da confirmação da paternidade para sentir-se pai e se fazer presente. Ela afirma que isso fazia sentido para ela, mas que era difícil aceitar. Como resposta, foi dito que imaginava o quanto realmente devia ser difícil estar nessa situação e aceitar isso facilmente, validando empaticamente o que ela havia falado, pois segundo Gabbard (2006, p. 80) “Quando os pacientes sentem que o terapeuta compreende suas experiências subjetivas, mais provavelmente aceitarão as interpretações”. A sessão se encerra e ela fica de refletir sobre o que foi conversado e sobre a importância de cuidar dos sentimentos para o bem estar da gravidez e do bebê. A partir desta sessão, o foco foi definido levando em consideração o

conflito central da paciente: o fato de não conseguir dormir acompanhada enquanto o dia do seu parto se aproximava.

4.1.7 Terceira sessão

Paciente com 31 semanas (Terceiro trimestre)

Fala que o pai do nascituro entrou em contato com ela para saber como ela estava e isso lhe causou estranheza, mas que já está entendendo melhor o fato de que ele está aceitando aos poucos. Foi lembrado o que havia sido conversado na sessão passada, sobre ele ter o tempo e a maneira dele de aceitar a situação, como forma de afirmar a sua conclusão. A paciente relata que sente muita ansiedade quando precisa dormir com alguém em sua casa ou quando precisa dormir na casa de alguém (não dorme). É aprofundada a reflexão sobre esse assunto. Nesse momento, é utilizada a intervenção da psicoterapia breve de apoio “encorajamento para elaborar”, a fim de entender melhor o que está por trás dessa situação e investigar o assunto que ela trouxe. Após a interpretação- que seria o fato de levantar uma hipótese do que acontece no inconsciente do sujeito, além de tornar consciente aquilo que estava inconsciente, mas acessível à compreensão do paciente- (Rappaport 2006; Gabbard 2006)- do que foi dito pela gestante, é feita uma reflexão sobre isso e ela chega à conclusão de que tem ciúmes de seus objetos e talvez tenha medo que alguém mexa em algo enquanto ela dorme. “Se eu deixar um copo em cima da mesa e alguém tirar e colocar na pia, eu já fico nervosa” (sic). Com o foco já definido, tenta-se aprofundar a respeito da história que havia por trás do medo de dormir acompanhada, e a paciente conclui então que o ciúme que sente de tudo o que lhe pertence lhe faz querer controlar tudo, o que lhe impede de dormir com alguém por perto, pois inconscientemente há o medo de que alguém mexa em suas coisas.

4.1.8 Quarta sessão

Paciente com 33 semanas. (Terceiro trimestre)

Conta a história da sua dificuldade para dormir acompanhada: saiu de casa com 15 anos para morar com um namorado, voltou para casa com o término e saiu de novo “pois o emprego era mais perto” (sic). Sua relação com a mãe sempre foi

boa, mas o pai era muito controlador com ela e suas irmãs, queria controlar tudo o que faziam, inclusive suas saídas. Foi conversado a respeito do fato de ela querer ter o controle de tudo e ela diz que “tenta controlar até o cachorro” (SIC); não gosta de nada fora do lugar, varre a casa várias vezes ao dia porque acha que sempre está sujo e se preocupa caso o parto seja cesárea, pois não vai poder limpar e varrer a casa. Não gosta muito de receber visitas, pois suja a casa com poeira. Acha-se chata por isso. Foi trazido para a paciente o fato de que a casa fica com poeira porque ela está recebendo amigos, com o intuito de fazê-la enxergar que toda situação tem dois lados e de aliviar a ansiedade que isso poderá lhe causar ao receber visitas após o parto. Foi conversado sobre essa necessidade de controle dela e ela foi questionada se conseguia enxergar alguma ligação disso com sua relação com o pai, mais uma vez utilizando o encorajamento para elaboração já citado anteriormente. A paciente diz que nunca tinha parado para pensar nisso, mas que agora enxerga que é controladora igual ao pai. A respeito do fato de não poder controlar o percurso da gravidez, ela disse que era algo natural, normal. Ao ser perguntada sobre como era para ela ser cuidada e cuidar, ela relata que já cuidou de várias pessoas, inclusive na gravidez das irmãs, mas que não gosta de incomodar e nunca precisou. Diz também que já tem tudo planejado caso o parto seja normal, mas sua preocupação é caso precise ser cesárea. Usando a interpretação, já citada anteriormente, e reunindo tudo o que a paciente verbalizou, foi trazida a reflexão de que tudo isso pode estar interligado, além do fato de que ela não se permitir ser cuidada significa não estar no controle da situação caso precise de cuidados de outras pessoas, o que lhe causaria ansiedade e desconforto. É trazido também o fato de que talvez a outra pessoa não se sinta desconfortada ao ajudá-la, podendo ser este, um sentimento só dela. Nesse momento, também se pode observar a “experiência emocional corretiva”, quando a paciente foi indagada se ela havia percebido que estava se permitindo ser cuidada ao ir para o pré-natal psicológico. Ela disse que tudo isso fazia muito sentido e chega também à conclusão de que pensa muito no que precisa ser feito e não se permite sentir o que realmente quer. Ao final, foi proposto que ela refletisse a respeito de se permitir sentir mais e se permitir ser cuidada, pois o momento do parto estava se aproximando e aconteceriam coisas com a chegada da filha que ela não poderia controlar. Foram trazidas reflexões sobre a infância, brincadeiras de criança e situações que poderiam despertar ansiedade e angústia nela após o nascimento da filha.

. A paciente conclui então que essa sua dificuldade tem relação com o fato de que ela quer controlar tudo o que lhe pertence, incluindo objetos, pessoas, animais e sua casa. Ou seja, ao dormir com alguém no mesmo ambiente que ela, inconscientemente, teme que suas coisas sejam mexidas. Ela percebe que esse seu controle excessivo vem de seu passado, com um pai extremamente controlador com a vida dela e de suas irmãs e se identifica com esse pai. É trazido por ela que caso o parto seja normal, como o idealizado, já tem tudo planejado. Mas caso seja cesárea, teme por ter que ser cuidada por alguém. Percebe então que não se permite ser cuidada, apesar de cuidar do outro quando necessário.

4.1.9 Quinta sessão (fechamento)

(Segundo mês de puerpério)

Paciente acompanhada da filha de dois meses. Apresentando humor adequado. Relata que Marcos não entra em contato com ela desde o nascimento da filha, mas que já “se conformou” (SIC) com o fato de que ela terá que dar todo o suporte na vida da filha e suprir as suas necessidades. Diz que entrou em trabalho de parto durante a noite e somente no outro dia pela manhã foi realizada uma cesárea, com o insucesso do parto vaginal. Isso a fez decidir que não quer ter outros filhos, pois relata que sentiu a dor do parto normal e a dor da cesárea e não foi uma boa experiência. A puérpera relata que houve melhora em seu quadro anterior e conta que no final da gestação foi morar no interior que sua mãe mora e após o parto, passou a dormir na casa de sua mãe com a filha na cama. Conta que dorme bem mesmo sabendo que tem pessoas na casa e que está acompanhada da filha, além de ter se permitido ser cuidada pela mãe e permitir que algumas pessoas de confiança peguem em sua filha. Além disso, já planeja deixar a filha na casa de uma amiga com a volta ao trabalho. Foi questionado se ela percebia a mudança e melhora em seu quadro e a puérpera afirma que sim e que as outras pessoas também perceberam. Relata também que fez uma “Faxina” (SIC) em seu guarda-roupa, separando todas as roupas que não usava há anos e que tinha bastante apego para doar. Nesse momento, diz que está “aprendendo a dar lugar às coisas” (SIC)-tirando as roupas de seu guarda-roupa, estaria dando lugar a novas peças de roupa- e é feita uma reflexão a respeito desta frase. Ela conta que ainda não está

pronta para dar lugar a um companheiro na sua vida no momento e que não sente vontade de ter relações sexuais. Nesse momento foi explicado para ela aspectos do puerpério que justificam esse sentimento, como também foi dito para que ela respeitasse o seu tempo e os seus limites, como forma de aliviar a ansiedade que aquele sentimento poderia lhe causar. A paciente fala da importância que teve o acompanhamento de pré-natal psicológico durante a sua gestação, pois acha que sem ele, poderia ter desenvolvido algum transtorno após o parto. Reconhece muitas mudanças em seu comportamento, modo de pensar e diz que lhe trouxe um “grande crescimento pessoal” (SIC). Além disso, diz que “não quer passar para a filha as coisas dela, não quer que a filha seja igual a ela” (SIC). É solicitado que ela faça um desenho que represente essas mudanças em sua vida.

4.1.10 Conclusão do caso

A paciente chegou à primeira sessão de pré-natal psicológico com a demanda de conflitos conjugais, mas no decorrer do tempo a demanda principal que viraria o foco das sessões tornou-se outra. O fato de ela não conseguir dormir acompanhada, colocava em risco a sua saúde mental no puerpério, uma vez que isso poderia vir a desencadear uma Depressão pós-parto. Ela contava com um bom suporte familiar, bom vínculo com nascituro e aparentemente não apresentava aspectos próprios da psicodinâmica da gravidez como: ambivalência afetiva, hipersensibilidade, regressão. A rede de apoio é de extrema importância nesse período de crise, pois irá fornecer ajuda para o enfrentamento e superação da situação. Diante da gestação, poder contar o apoio familiar foi importante, pois no momento em que a paciente estava pronta para ir além dos seus limites, aquela família esteve disposta a ajudá-la.

No decorrer das sessões, ela percebeu que a sua dificuldade para dormir acompanhada poderia lhe causar um transtorno no puerpério e isso lhe causou ansiedade. Logo, foi dado seguimento ao acompanhamento tendo essa questão como foco. Pode-se concluir que a relação com o pai controlador durante a sua adolescência pode ter despertado um desejo inconsciente na paciente de querer controlar a sua própria vida e de tudo aquilo o que é seu.

Por fim, foi feita uma avaliação de sua situação no puerpério e é possível perceber a sua melhora. Trazendo o fato de que está “aprendendo a dar lugar às coisas” (SIC), ela diz que “separou roupas para dar de 10 anos atrás, de quando era casada” (SIC). Refletindo sobre essa questão, percebe-se que a paciente retorna a um nível de funcionamento anterior ao aparecimento do sintoma, que apareceu com o término de seu casamento, 10 anos atrás. Demonstra também ter ressignificado a questão de que precisa ter controle sobre tudo na sua vida, além de ter planos para o futuro, autoestima mais elevada e crescimento pessoal. Ademais, há uma melhora do seu sintoma e agora a paciente consegue compreender os seus limites ao mesmo tempo em que dá espaço para o seu progresso.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

A gravidez é um período que pode gerar muita angústia tanto para o casal grávido, como para a família devido às mudanças provocadas por ela em diversos âmbitos da vida. Além disso, existem fantasias, medos e mitos existentes acerca do período; do parto e questões biológicas que estão envolvidas. A medicina e a enfermagem irão cuidar da parte biológica através do pré-natal e através dos resultados obtidos com esse trabalho, é importante reafirmar a importância do trabalho do psicólogo cuidando do psicológico da gestante e, em alguns casos, de sua família a fim de proporcionar uma maior qualidade de vida para a grávida naquele momento.

Além disso, o trabalho preventivo a fim de evitar que transtornos psíquicos como a DPP (Depressão pós-parto) se instalem quando há situação de risco, se faz importante no contexto da psicologia hospitalar dentro da maternidade, através do serviço de pré-natal psicológico. Tendo em consideração a teoria da psicoterapia breve, o foco do trabalho do psicólogo será a gravidez, o desenvolvimento saudável da mesma e conseqüentemente, do bebê. Esclarecendo dúvidas, desmentindo mitos que causam medo e podem interferir na hora do parto, fortalecendo os recursos de enfrentamento da mulher e trabalhando questões emocionais, o psicólogo estará fazendo um trabalho terapêutico que vai servir de auxílio para que o casal ou a mulher consiga passar por essa fase tão cheia de mudanças, principalmente em casos de primíparas, da melhor maneira possível. É importante também ressaltar a importância de unir os vínculos, trabalhar a rede de apoio e da formação do psicólogo acerca de assuntos relacionados à psicologia na prática obstetrícia.

O estágio curricular foi de grande importância contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional, uma vez que me permitiu entrar em contato com realidades distintas, pessoas com história de vida diferentes e gestações que nem sempre estavam ocorrendo da maneira como se é esperado, trazendo sofrimento e angústia para a família e para a gestante. Além disso, ter a oportunidade de caminhar junto dando suporte emocional a alguma dessas mulheres, mesmo que em um curto período de tempo, me mostrou a importância do trabalho do psicólogo dentro da maternidade, mais especificamente, no pré-natal psicológico. Muitas vezes, são indivíduos que não tem suporte familiar adequado, histórico de abortos anteriores, condições socioeconômicas desfavoráveis e dificuldades em outros

âmbitos da vida e que encontram naquele espaço, que é reservado para a sua escuta e apoio, um suporte para lidar com o período gestacional.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Raquel Ayres de; MALAGRIS, Lucia Emmanoel Novaes. A prática da psicologia da saúde. **Rev. SBPH**, v. 14, n. 2, p. 183-202, 2011.

ANGERAMI, Valdemar Augusto. **E a Psicologia Entrou no Hospital**. São Paulo: Pioneira, 1996.

AZEVEDO Maria Alice S. B. de. **Psicoterapia dinâmica breve: saúde mental comunitária**. 2. Ed. São Paulo: Rima, 2004. 190 p

BORTOLETTI, Fátima Ferreira. **Psicologia na prática obstetrícia: abordagem interdisciplinar**. São Paulo: Manole, 2007.

BRAIER, Eduardo Alberto. **Psicoterapia breve de orientação psicanalítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

CALDAS, Denise Baldança et al. Atendimento psicológico no pré-natal de alto-risco: a construção de um serviço. **Psicol. hosp.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 66-87, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Resolução CFP n. 02/01**: altera e regulamenta a Resolução CFP no 014/00 que institui o título profissional de especialista em psicologia e o respectivo registro nos Conselhos Regionais. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2001_2.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Resolução CFP n. 03/2016**: altera a Resolução CFP n. 13/2007, que institui a consolidação das Resoluções relativas ao Título Profissional de especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para o registro. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/04/Resolucao-003-2016.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). Agência CNJ. CNJ Serviço: conheça os direitos da gestante e lactante. **Notícias**, 21 mar. 2016. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/81835-cnj-servico-conheca-os-direitos-da-gestante-e-lactante>>. Acesso em: 19 maio 2017.

DESSEN, Maria Auxiliadora. Rede Social de Apoio Durante Transições Familiares Decorrentes do Nascimento de Filhos1. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 16, n. 3, p.221-231, set. 2000.

DUARTE, Margarida. Pseudociência: um diagnóstico actual e multidisciplinar. **Revista de Psiquiatria**, Lisboa, v. 60, p. 7-11, dez. 2015.

EIZIRIK, Claudia Laks. **O Ciclo da Vida Humana: uma Perspectiva Psicodinâmica**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

FAVA, Giovanni A.; SONINO, Nicoletta. O modelo biopsicossocial: Trinta anos depois. **Psychotherapy And Psychosomatics**, Bolonha e Padova, p.1-3, jan. 2008.

GABBARD, Glen O.. **Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

HOLANDA, Teresa Cristina Monteiro de. **Temas em Psicologia II: Psicoterapia breve-focal – Teoria, técnicas e casos clínicos**. Fortaleza: Fortaleza, 2012.

HOMENAGEADO Mathilde Neder. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 25, n. 2, jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 Nov. 2017.

LEAL, Isabel Pereira. Psicologia da maternidade: Alguns aspectos da teoria e prática de intervenção. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 10, p.229-234, fev. 1992.

MAIA, Eulália Maria Chaves et al. Psicologia da saúde-hospitalar: da formação a realidade. *Univ. Psychol.* v. 4, n. 1, p. 49-54, 2005.

MALDONADO, Maria Tereza P.. **Psicologia da Gravidez**. Rio de Janeiro: Petropolis, 1976.

MARCON, Claudete; LUNA, Ivânia Jann; LISBÔA, Márcia Lucrécia. O Psicólogo nas Instituições Hospitalares: Características e Desafios. **Psicologia Ciência e Profissão**, Florianópolis, p. 28-35, 2004.

MARTINI, Talu Andréa Dartora de; PICCININI, Cesar Augusto; GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro. Indicadores de síndrome de couvade em pais primíparos durante a gestação. **Aletheia**, n.31, pp. 121-136, 2010.

MARTINS, Marília da Glória. Gestação de alto risco. **Revista do Hospital Universitário/UFMA**, Maranhão, p. 32-35, jan. 2002.

MORAES, Inácia Gomes da Silva. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista Saúde Pública**, Pelotas, p. 65-70, 2006.

MOSIMANN, Laila T. Noletto Q.; LUSTOSA, Maria Alice. A Psicologia hospitalar e o hospital. **Rev. SBPH**, v. 14, n. 1, p. 200-232, 2011.

PICCININI, Cesar Augusto et al. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, p. 63-72, jan. 2008.

PICCININI, Cesar Augusto. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 20, n. 3, p.223-232, dez. 2004a.

PICCININI, Cesar Augusto. O envolvimento paterno durante a gestação. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, p. 303-314, 2004b.

RAMIRES, Vera Regina Rohnelt. Revisitando alguns conceitos da teoria do apego: comportamento versus representação? **Psicologia; Teoria e Pesquisa**, Porto Alegre, p.25-33, mar. 2010.

SA, Samantha Dubugras; WERLANG, Blanca Susana Guevara; PARANHOS, Mariana Esteves. Intervenção em crise. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro , v. 4, n. 1, jun. 2008 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000100008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 nov. 2017.

SARMENTO, Regina. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerperio. **Ciênc. Med.**, Campinas, v. 3, n. 12, p. 261-268, set. 2003.

SAÚDE, Ministério da. **Gestação de alto risco-Manual técnico**. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.htm>. Acesso em: 19 maio 2017.

SILVA, Rosanna Rita. Percursos na história da Psicologia Hospitalar no Brasil: a produção em programas de doutorado em Psicologia no período de 2003 a 2004 no Banco de Teses da Capes. **Rev. SBPH**, v. 12, n. 2, p. 69-79, 2009.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de psicologia hospitalar**. São Paulo: Casa Psicólogo, 2004.

TEIXEIRA, José A. Carvalho. Psicologia da Saúde. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 22, n. 3, p. 441-448, jan. 2004.