

## ATENDIMENTO PSICOLÓGICO NO PRÉ-NATAL DE ALTO-RISCO: A CONSTRUÇÃO DE UM SERVIÇO

Denise Baldaña Caldas<sup>1</sup>; Ana Luísa Remor da Silva<sup>2</sup>; Elisangela Böing<sup>3</sup>; Maria  
Aparecida Crepaldi<sup>4</sup>; Zaira Aparecida de Oliveira Custódio<sup>5</sup>

### RESUMO

O modelo de assistência pré-natal torna-se cada vez mais humanizado e qualificado, como preconizado pelas políticas públicas de saúde. As mudanças afetaram, também, o modelo de assistência pré-natal nas gestações de alto risco, as quais apresentam maiores chances de resultado desfavorável para mãe e/ou bebê/feto nos âmbitos: orgânico, emocional e relacional. O objetivo deste artigo é relatar os procedimentos realizados para implantação do Serviço de Psicologia no ambulatório pré-natal de alto risco em hospital geral e apresentar os dados levantados sobre a população atendida nos dois primeiros meses. A intervenção psicológica nesse contexto pode ser fundamentada por alguns eixos norteadores: gestação de alto risco, psicodinâmica da gravidez, vínculo afetivo mãe-bebê-família e rede de apoio. Foram atendidas 45 gestantes; e realizado, no total, 61 atendimentos psicológicos na unidade. Conclui-se que a implantação do serviço de psicologia, numa perspectiva interdisciplinar, é um trabalho desafiador e dinâmico e sua continuidade envolve reavaliações constantes.

**Palavras-chave:** Gravidez de alto risco, Pré-natal, Psicologia.

### ESTABLISHING PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN HIGH-RISK PRENATAL, OUTPATIENT CLINIC

### ABSTRACT

Models of prenatal care have become increasingly humanized and qualified, in accordance with public health policies. Changes have also had an impact on the model of prenatal care in high-risk pregnancies, which have higher chances of an unfavorable outcome for mother and/or baby/fetus in the organic, emotional and relational areas. The goal of this article is to report on the procedures performed in order to establish psychological counseling in a high-risk, prenatal outpatient clinic in a general hospital; and to present the data collected on the population served during the first two months. In this context, psychological intervention can be along certain lines: High-risk pregnancy, psychodynamics of pregnancy, mother-baby bonding and social/family-support. Forty-five pregnant women were provided with psychological counseling, 61 patients overall. We can conclude that the implementation of the psychological counseling, with an interdisciplinary perspective, is a challenging and dynamic task, and its continuity involves constant reevaluations.

**Keywords:** High-risk pregnancies, Prenatal care, Psychology.

<sup>1</sup> Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina – SC – Brasil.

<sup>2</sup> Estudante de Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina – SC – Brasil.

<sup>3</sup> Mestrado em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina – SC – Brasil.

<sup>4</sup> Pós-Doutorado pelo Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo – SP - Brasil.

<sup>5</sup> Doutorado pela Universidade Federal de Santa Catarina – SC – Brasil.

O atendimento pré-natal pode ser caracterizado como um programa de assistência à gestante, historicamente realizado pela medicina e pela enfermagem. Conforme Correa e Oliveira (1999), 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.

O Ministério da Saúde instituiu, em 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000), o qual representa um divisor de águas na mudança do modelo de assistência prestado à mulher na gestação, parto e pós-parto. A política pública de assistência proposta pelo programa possui como estratégias principais: aprimorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e do puerpério. Além disso, fundamenta-se no direito à cidadania e à humanização dos serviços de saúde prestados à mulher (Brasil, 2002).

As mudanças nas políticas públicas afetaram, também, o modelo de assistência pré-natal nas gestações de alto risco. Considerando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a organização da atenção envolve: descentralização, hierarquização e regionalização da assistência (Brasil, 1990). De acordo com a atual estrutura do sistema, a atenção básica é responsável pela captação das gestantes no território, atendimento ambulatorial de pré-natal, identificação de gestantes de alto risco para encaminhamentos aos serviços de referência (Brasil, 2010).

O objetivo da assistência pré-natal de alto risco consiste em intervir para reduzir os riscos de um resultado desfavorável para mãe e/ou bebê/feto. Sendo assim, a equipe de saúde deve estar preparada para enfrentar quaisquer fatores que possam afetar a gravidez, em uma visão integral, ou seja, considerando os aspectos clínicos, socioeconômicos e emocionais (Brasil, 2010). Para tanto, a complexidade da demanda mobiliza e justifica o trabalho em equipe multidisciplinar, com atuação interdisciplinar, o qual está associado à mudança de paradigma na atenção a saúde. Atualmente, o significado de saúde enquanto ausência de doença, que fundamenta o modelo biomédico de atenção (tradicional, curativo, indivíduo- centrado), perde força para uma compreensão ampliada de saúde, um conceito positivo, relacionado à qualidade de vida. Este fundamenta o modelo de atenção integral à saúde, o modelo de vigilância da saúde (que compreende saúde e doença como um processo ao longo do qual são desenvolvidas ações curativas, de proteção e de promoção à saúde).

A portaria do Ministério da Saúde no. 3.477, de 20 de agosto de 1998 dispõe que o atendimento à gestante de alto risco deve ser constituído por uma equipe interdisciplinar com os seguintes profissionais: Psicólogo, Neurologista, Cardiologista, Endocrinologista, Nefrologista, Cirurgião Geral, Clínico Geral, Ultrassonografista, Enfermeiro, Assistente Social, Farmacêutico, Nutricionista e Neurocirurgião. A integração dos diferentes saberes, proposta do trabalho interdisciplinar, pressupõe a resolução conjunta dos problemas (More, Crepaldi, Queiroz, Wendt & Cardoso, 2004). O psicólogo possui um importante papel em um trabalho como esse, pois pode atuar em um vasto eixo de intervenções psicológicas no pré- natal de alto risco. Sendo assim, é necessário conhecer as implicações das condições clínicas e obstétricas; estar atento à psicodinâmica

própria da gravidez; favorecer o vínculo mãe-bebê- família; identificar, potencializar e desenvolver suportes na rede de apoio.

Com base nessas considerações iniciais, o presente artigo tem como objetivo relatar os procedimentos realizados de implantação do Serviço de Psicologia no ambulatório pré-natal de alto risco no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Além disso, serão apresentados os dados levantados sobre a população atendida em dois meses de implantação do serviço. Para fundamentar a atuação do psicólogo no contexto em questão é necessário apresentar teoricamente eixos que sustentam sua intervenção, a saber: gestação de alto risco, psicodinâmica da gravidez, vínculo afetivo mãe- bebê-família e rede de apoio.

## **2. EIXOS DE INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO**

### **2.1. Gestação de alto risco**

Do ponto de vista obstétrico, estatísticas apontam que 90% das gestações iniciam e evoluem sem intercorrências ou complicações. No entanto, aproximadamente 10% delas apresentam problemas no início ou no seu decurso, sendo, portanto, chamadas de gestações de alto risco (Corrêa & Oliveira, 1999). Gomes e colaboradores realizaram uma pesquisa sobre os sentidos do risco na gravidez em obstetrícia apresentados em artigos publicados nos anos 90 e concluíram que o termo 'gravidez de alto risco' refere-se à concomitância de vulnerabilidade tanto materna quanto fetal. Além disso, o mesmo estudo verificou que as ideias associadas à temática pesquisada voltam-se para um mesmo núcleo de sentido: "algo patológico em oposição a uma evolução considerada normal" (Gomes, Cavalcanti, Marinho & Silva, 2001, p. 65).

As gestações de alto-risco podem ser assim caracterizadas por apresentar em marcadores e fatores de risco presentes antes da gestação ou devido condições e complicações que podem aparecer no transcorrer dela. Os fatores de risco anteriores à gestação englobam: características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior com intercorrências para a mulher ou para o feto e condições clínicas preexistentes. As possíveis complicações ocorrem devido: exposição indevida ou acidental de fatores teratogênicos; doença obstétrica na gravidez atual (diabetes gestacional, óbito fetal, trabalho de parto prematuro, por exemplo) e intercorrências clínicas como doenças infectocontagiosas ou doenças clínicas diagnosticadas durante a gravidez atual (Brasil, 2010).

Diante do exposto, fica evidente que gestações de alto-risco necessitam de cuidado especial na medida em que possuem maior chance de apresentar consequências desfavoráveis do ponto de vista orgânico e, dessa forma, também representam um desafio adaptativo no âmbito emocional e relacional (Brasil, 2010). Sendo assim, faz-se necessário o acompanhamento da gestante por uma equipe multidisciplinar em trabalho articulado e dinâmico. Inclusive, como citado anteriormente. A Portaria do Ministério da Saúde no. 3.477, de 20 de agosto de 1998, prevê o psicólogo como um dos profissionais que devem compor a equipe de atenção à gestante de alto risco.

## **2.2. Psicodinâmica da gravidez**

Os atendimentos em Obstetrícia baseados somente em habilidades técnicas necessitam ser potencializados, principalmente, pela compreensão dos processos psicológicos envolvidos no período gravídico-puerperal. Inclusive, considera-se

que, atualmente, os aspectos psicodinâmicos da gravidez são amplamente reconhecidos (Sarmiento & Setúbal, 2003).

A gravidez constitui um período crítico de transição no ciclo vital da mulher em que ocorrem mudanças complexas em diversos âmbitos: fisiológico, socioeconômico, familiar e psicológico. Sendo assim, tal período suscita novas adaptações, reorganizações intrapsíquicas e interpessoais (Maldonado, 1997; Botoletti et al., 1996). Embora as alterações do ciclo gravídico sejam comuns a todas as mulheres, “a maneira como cada uma reage varia de acordo com a personalidade, circunstâncias em que ocorreu a gravidez, relação com o parceiro, repercussões que a nova situação desencadeou etc” (Botoletti, 2007, p. 21).

A situação desencadeada pela gravidez pode afetar a vivência saudável dessa fase, afinal, como toda situação de transição, essa também fomenta um período delicado para saúde mental (Botoletti, 2007; Maldonado, 1997). Sendo assim, as mudanças provocadas “representam uma possibilidade de atingir novos níveis de integração, amadurecimento e expansão da personalidade ou de adotar uma solução patológica que predominará na relação com a criança” (Maldonado, 1997, p. 27). Klaus e Kennell (1992) corroboram essa ideia ao afirmar que nesse período aumenta a probabilidade de conteúdos inconscientes tornarem-se conscientes ou aparecerem disfarçados através de sonhos ou sintomas. Dessa maneira, há possibilidade de elaboração de conflitos psíquicos pela mulher e, conseqüentemente, de transformação importante em sua identidade.

Na gestação de alto risco, aumentam as dificuldades de adaptação emocional associadas ao novo papel da maternidade, além disso, há o acréscimo de diversas outras emoções vinculadas à condição clínica. O fator de risco implica medo real sobre si mesma e em relação ao próprio filho. Em concomitância, a

gravidez nesse contexto de risco costuma estar associada à hospitalização, o qual constitui um estressor psicossocial, sendo assim, predispõe a angústias relacionadas à organização familiar, cuidados com a casa e perda do emprego (Moura, Carneiro & Monteiro, 2002).

### **2.3. Gestação e desenvolvimento do vínculo afetivo mãe-bebê-família**

A relação entre mãe e filho inicia no período pré-natal e ocorre, basicamente, através das expectativas que a mãe apresenta sobre o feto e da interação que estabelece com ele (Piccinini, Gomes, Moreira & Lopes, 2004a). O vínculo afetivo entre pais e filhos apresenta características únicas, além de ser considerado o mais intenso dos laços humanos. A relação original entre pais e bebê é a base para todas as “ligações subseqüentes do bebê e é o relacionamento formativo, no decorrer do qual a criança desenvolve um sentido de si mesma” (Klaus & Kennell, 1992, p. 23).

Mãe e o feto estão em constante interação na gravidez, compartilhando sentimentos e sensações através da descarga neuro-hormonal de substâncias fisiológicas que tais emoções provocam na mãe. Segundo Wilhelm (2006), o bebê intra-útero registra, em nível de memória, todas as experiências biológicas vividas no período de gestação. Bowlby (2002), desta forma, afirma que há inúmeros estudos que comprovam que estas vivências interferem diretamente no desenvolvimento psíquico da criança. Corroborando essa idéia, Wilhelm (2006, p. 59) afirma que “a disponibilidade afetiva da mãe é fundamental para que ocorra o desenvolvimento psicoafetivo do indivíduo”.

O vínculo afetivo entre mãe e bebê pode ser estabelecido de diversas formas durante o período pré-natal, como por exemplo: conversas com o bebê em

que é possível contar experiências do dia a dia vivenciadas pela mãe, além de cantarolar canções de ninar, com as quais ele irá se identificar também após seu nascimento. “As conversas tranqüilizadoras que a mãe pode ter com o seu bebê visam restituir a ele a sensação de segurança, otimismo, e esperança, reforçando e reassegurando a permanência do vínculo de vida entre ambos” (Wilheim, 2006, p.60). É importante ressaltar que momentos estressores e de perturbação emocional podem fazer parte da vida da gestante repercutindo negativamente no psiquismo do bebê. No entanto, esta repercussão pode ser reparada quando se conversa com o bebê, mais precisamente com o uso da palavra como forma de significar a experiência vivida intra-útero.

A formação do vínculo mãe-bebê é facilitada por questões biológicas tendo em vista que a mulher pode sentir o filho crescer dentro da barriga. Por outro lado, a formação do vínculo afetivo “entre pai e filho costuma ser mais lenta, consolidando-se gradualmente após o nascimento e no decorrer do desenvolvimento da criança” (Piccinini, Silva, Gonçalves, Lopes, & Tudge, 2004b, p. 303). Nesse sentido, é importante permitir e estimular o pai a interagir com o bebê já durante a gestação, favorecendo assim o desenvolvimento do vínculo afetivo. Quando da ausência do pai durante a gravidez, este vínculo pode se estabelecer com a pessoa que efetivamente é mais próxima de mãe e interage com ela.

#### **2.4. Gestação e rede de apoio**

Redes de apoio podem ser definidas como o sistema de relações consideradas significativas para a pessoa, o qual compreende a família nuclear, família extensa e todo conjunto de vínculos interpessoais (Sluzki, 1997). Sendo



assim, além da família, “vários outros sistemas fora da família exercem importante influência nas interações e no desenvolvimento dos membros familiares, como a escola, o local de trabalho, a vizinhança, a comunidade e a rede social” (Dessen & Braz, 2000, p. 221).

As pessoas recorrem à rede social quando se deparam com problemas, dificuldades ou dúvidas. A rede possui característica dinâmica, tendo em vista que se transforma no decorrer do tempo e através de modificações na vida das pessoas (Sluzki, 1997). Tal rede fortalece as estratégias de enfrentamento do indivíduo ao contribuir como ponto de apoio e viabilizar maior adaptação nas circunstâncias da vida, como na gravidez, parto e puerpério. Com o nascimento de um filho, existe a necessidade de lidar com novas tarefas desenvolvimentais para receber o novo membro na família. Sendo assim, a família ampliada pode ser um recurso importante para ajudar os genitores na adaptação ao novo momento de vida (Dessen & Braz, 2000). Neste contexto, Klaus e Kennell (1992) alertam sobre a importância de dirigir a atenção para a díade mãe-bebê, no entanto consideram que “o pai, os outros irmãos e os demais membros da família são de importância vital para essa díade” (p. 36).

O suporte oferecido na rede apresenta diferentes funções: apoio emocional; companhia social; guia cognitivo; ajuda prática, material e espiritual e de serviços e acesso a novos contatos (Sluzki, 1997; Custódio, 2010). Conforme Sluzki (1997, p.52), “cada vínculo da rede pode desempenhar muitas dessas funções”. Assim, uma tia pode ser importante fonte de apoio emocional, oferecer informações e acompanhar em consultas médicas, por exemplo.

Assim, considera-se importante acionar a rede de apoio da mulher para ajudá-la no desempenho da função materna. O psicólogo, enquanto membro da

rede de apoio da gestante, assume também o importante papel de identificar e acionar a rede de interações desta, assim como intervir através de apoio emocional, guia cognitivo e com ajudas práticas.

### **3. IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO EM HOSPITAL GERAL**

Inicialmente, cabe esclarecer que a Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina possui um Serviço de Psicologia consolidado que atua em diferentes unidades de internação: Triagem Obstétrica, Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto e Unidade Neonatal. Devido à atuação no âmbito gravídico-puerperal na unidade de internação, havia uma demanda oficiosa por médicos e enfermeira do ambulatório pré-natal de alto risco para que fossem realizados atendimentos psicológicos às gestantes. Fato que contribuiu para inserção da psicologia em mais um campo do hospital, que contaria com a mesma equipe da maternidade: uma psicóloga e duas estagiárias do curso de psicologia.

O ambulatório pré-natal de alto risco do HU/UFSC conta, hoje, com cinco médicos, duas enfermeiras, uma assistente social, dois recepcionistas, técnicas de enfermagem, médicos residentes e doutorandos (estudantes de medicina). Cabe ressaltar que a quantidade de residentes e doutorandos varia semanalmente, além de ser altamente rotativo, uma vez que os doutorandos permanecem na unidade por aproximadamente duas semanas. Sendo assim, torna-se um desafio viabilizar um trabalho interdisciplinar e exige maior empenho da equipe de psicologia na inserção do serviço através de constante divulgação e apresentação.

A implantação do Serviço de Psicologia no ambulatório ocorreu,

primeiramente, conhecendo-se a sua estrutura, rotina de atendimentos e características da população atendida. Para tanto, as estratégias utilizadas foram: observação e conversa com a equipe de saúde do local. Nesse momento foi possível perceber que, conforme Maldonado (1989, p. 39), a inserção da psicologia seria gradual, conforme “as necessidades institucionais e a capacidade de atendimento da equipe de psicologia”.

Realizou-se, em seguida, a apresentação do novo Serviço de Psicologia para a equipe profissional do ambulatório, assim como a construção e apresentação do Protocolo de Atendimento Psicológico Pré-Natal de Alto Risco. Tal documento teve como finalidade estabelecer e disciplinar os procedimentos de intervenções psicológicas no ambulatório. Concomitantemente, confeccionou-se uma ficha de atendimento psicológico que possibilitaria uma sistematização dos atendimentos efetuados, este consiste em um roteiro flexível e serve de registro documental. Além disso, devem constar a descrição, evolução da atividade e os procedimentos técnico-científicos adotados. A guarda dessa ficha é de responsabilidade do psicólogo e deverá ser mantida em local que garanta sigilo e privacidade por um período de no mínimo cinco anos, conforme determina resolução do Conselho Federal de Psicologia (CFP 001/2009).

Através das observações e conversas com profissionais de saúde do ambulatório, decidiu-se incluir os atendimentos da psicologia articulando-os às consultas médicas. Surgiu, então, a necessidade de negociar e remanejar o fluxo de pacientes da psicologia conforme a rotina médica. Esta estratégia constitui um desafio diário, pois para cada agenda médica pode haver de 4 a 6 profissionais, entre médico, residente e doutorandos. Além disso, o tempo de atendimento de uma paciente pelo Serviço de Psicologia varia entre 30/50 minutos, e pela

Medicina em média 15 minutos por consulta.

### **3.1. Caracterização do Serviço de Psicologia conforme Protocolo de Atendimento Psicológico**

#### Pré-Natal de Alto Risco

O Protocolo prevê duas modalidades de atendimento psicológico para o ambulatório pré-natal de alto risco: consulta psicológica pré-natal e acompanhamento psicológico pré-natal. Além disso, apresenta as normas e procedimentos referentes às duas modalidades para orientar os profissionais da equipe do local.

A consulta psicológica pré-natal consiste em uma consulta oferecida à gestante em cada trimestre da gravidez, cujo objetivo é esclarecer dúvidas e oferecer informações na perspectiva de promoção da saúde mental e relacional. Além disso, o atendimento visa identificar a presença de fatores de risco psicossociais à saúde materna, infantil e familiar. O fluxo de agendamento pode ocorrer através de encaminhamento realizado pelos profissionais de saúde e/ou convite direto das estagiárias de psicologia às gestantes na sala de espera do ambulatório. Essa modalidade de atendimento deve ocorrer preferencialmente no dia da consulta médica e dura, aproximadamente, 30 minutos.

O acompanhamento psicológico pré-natal caracteriza-se por ser de seguimento psicoterápico na modalidade de psicoterapia breve, fundamentado por Fiorini (2004), que visa oferecer apoio contínuo à gestante. Possui como objetivo: auxiliar no enfrentamento e na resolução de dificuldades/conflitos, bem como na redução dos riscos psicossociais presentes no processo gravídico. Nesse caso, o fluxo de agendamento ocorre direto com o Serviço de Psicologia, tendo em vista

que a paciente já fora atendida na consulta psicológica trimestral. As sessões podem ser agendas semanalmente ou conforme a disponibilidade da paciente e possuem duração máxima de 50 minutos. Além disso, é previsto em torno de 12 sessões, lembrando que a brevidade do processo psicoterapêutico não está relacionada à delimitação do tempo, mas sim ao conceito de foco. Sendo assim, “o terapeuta atua mantendo *in mente* um ‘foco’, termo que pode ser traduzido como a *interpretação central sobre a qual se baseia todo o tratamento*” (Fiorini, 2004, p. 29, - grifo do autor).

A psicoterapia breve, baseada em Fiorini (2004), fornece subsídios para prática profissional do psicólogo nesse contexto. Nessa perspectiva, o psicólogo deve ter um papel ativo e pautar suas intervenções tendo em vista que, ao esclarecer aspectos elementares da situação presente do paciente, ocorre um fortalecimento na sua capacidade de adaptação e compreensão da realidade vivida. No ambulatório de alto-risco, o foco das intervenções psicológicas envolve, principalmente, as intercorrências do período gravídico, as mudanças geradas por estas, além dos sentimentos suscitados.

#### **4. LEVANTAMENTO DE DADOS DAS PACIENTES ATENDIDAS NOS DOIS PRIMEIROS MESES DE IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO**

Em dois meses (26/03/2012 a 26/05/2012) de atuação do Serviço de Psicologia no Ambulatório Pré-Natal de Alto Risco do HU/UFSC foi possível atender 45 gestantes na modalidade de consulta psicológica pré-natal, dentre elas 10 seguiram em acompanhamento psicológico. Realizaram-se, no total, 61 atendimentos psicológicos na unidade ambulatorial. A maioria das gestantes (42) residia em Florianópolis ou cidades vizinhas, sendo que apenas três vinham do

interior do estado de Santa Catarina. O número de pacientes em acompanhamento psicológico poderia ser maior, no entanto, algumas dificuldades de acesso das pacientes surgiram em virtude da condição de baixa renda, distância entre moradia e hospital e questões vinculadas ao trabalho.

Em relação ao período gestacional em que as mulheres encontravam-se na primeira consulta psicológica, obteve-se o seguinte quadro: 04 no primeiro trimestre; 23 no segundo trimestre e 18 no terceiro trimestre. O baixo número de gestantes no primeiro trimestre pode ser explicado pela forma como o sistema de saúde está estruturado. As mulheres iniciam o pré-natal na atenção básica e são encaminhadas para unidade de referência quando existe algum risco para mãe e/ou feto/bebê. Fato que contribui para que o atendimento no ambulatório pré-natal de alto risco seja, em maior número, com gestantes no segundo e terceiro trimestre.

Uma das questões que predispõe ao risco gestacional reside na idade materna. Nesse contexto, nestes dois meses de atuação, foram atendidas duas adolescentes e oito mulheres acima de 35 anos (gravidez tardia). A gravidez na adolescência configura por si só uma sobreposição de eventos críticos do ciclo de vida, ou seja, mudanças associadas à adolescência adicionadas às intensas transformações da gravidez (Rabello, Silva & Zorning, 2010). Além disso, alerta para o risco da problemática do desajustamento materno e dificuldades de formação de apego entre mãe e bebê devido: despreparo para assumir a maternidade, procedência de ambiente carente, instabilidade familiar e falta de apoio suficiente do pai (Maia, 2007). No caso da gravidez tardia, estima-se um aumento significativo no risco de complicações maternas, obstétricas e intercorrências perinatais (Andrade et al., 2004).

Quanto ao número de gestações, os dados levantados foram os seguintes: 05 estavam na primeira gestação, 12 na segunda e 28 na terceira ou mais. Os dados chamam a atenção para a quantidade de mulheres na terceira gravidez ou mais, tendo em vista que a multiparidade (prole numerosa) e em situação de baixa renda está associada à vulnerabilidade social.

Um dado interessante consiste no número de gravidezes não planejadas, o qual totalizou 33, ou seja, maioria dos casos atendidos. Conforme Maldonado (1997), a decisão de ter um filho envolve a interação de diversos motivos, conscientes ou não. Desejar e programar uma gravidez são aspectos importantes que permeiam os sentimentos de aceitação da maternidade (Dourado & Peloso, 2007) e podem influenciar o vínculo entre mãe-bebê- família. Sabe-se que planejamento e desejo nem sempre caminham juntos na gravidez, então é possível não programar, mas desejar um filho. Os casos de maior vulnerabilidade psicossocial para mãe e bebê correspondem às situações em que não existe o planejamento nem o desejo pelo filho. Conforme pesquisa qualitativa realizada com gestantes de alto risco por Dourado e Peloso (2007), o discurso de não programação estava associado, de forma bastante representativa, com o uso incorreto de método contraceptivo, resultado que corrobora a fala de algumas pacientes atendidas no pré-natal de alto risco no HU/UFSC. Neste contexto, cabe ressaltar a necessidade de ampliar as estratégias de educação sobre métodos contraceptivos na atenção básica à saúde.

Em relação ao diagnóstico clínico, é possível destacar alguns dados apresentados: 08 gestantes com hipertensão arterial prévia ou própria da gravidez; 05 casos de fetos com má formação fetal; 05 portadoras de HIV/AIDS. Cada uma das condições apresentadas compõe um cenário complexo com diversas questões

importantes, no entanto limitar-se-á a pequenas considerações.

O número de gestantes hipertensas atendidas (08 casos em 45) pode ser considerado expressivo. Essa condição clínica corresponde à principal causa de mortalidade materna em diversos países e pode causar complicações para mãe e/ou bebê. O aumento do estresse advindo das repercussões emocionais ocasionadas por conta da hipertensão predispõe a mulher ao surgimento de transtornos depressivos, conforme pesquisa realizada por David et al. (2008).

O diagnóstico pré-natal de anomalias fetais constitui um evento estressante e desencadeia vivências emocionais intensas para a gestante e sua família. Quando a má-formação torna-se realidade, costuma-se intensificar a ambivalência afetiva com relação ao feto, além do luto antecipatório pelo filho idealizado (Bortoletti ET al., 1996). Conforme Klaus e Kennell (1992), os pais do bebê malformado passam por estágios identificáveis de reações emocionais a partir do diagnóstico. Inicia-se, então, com choque e perturbação repentina gerada pela notícia, seguido pela negação e descrença quanto à anomalia. Posteriormente instaura-se um quadro de tristeza, ansiedade e raiva, o qual, com tempo e suporte emocional adequado, resultará na diminuição gradual das reações emocionais intensas e maior ajustamento frente à situação que permitirá uma aceitação positiva (estágio de reorganização). Embora estes estágios não ocorram sempre na ordem observada pelos autores, representam um importante conhecimento acerca das possíveis reações dos pais frente ao diagnóstico de anormalidade fetal e contribuem para o manejo nas intervenções psicológicas.

O exame de anti-HIV é exigido durante o acompanhamento pré-natal no Brasil. Sendo assim, para muitas mulheres, o momento da descoberta da gravidez coincide com o diagnóstico de HIV positivo, assim como a revelação da infecção



para o parceiro e a família. A situação evidencia um impacto particular sobre essas mulheres num momento de transição para a maternidade, que envolve, por exemplo, aceitação da doença e ansiedade quanto a infectar o bebê (Goncalves & Piccinini, 2007).

Os atendimentos prestados pelo Serviço de Psicologia possibilitaram um mapeamento de intercorrências psicossociais comuns entre as gestantes. Dentre essas, destacou-se a presença de conflito familiar (08 casos) que estava interferindo negativamente na vivência da maternidade. A família constitui uma rede de apoio fundamental no processo de adaptação em momentos de transição do ciclo de vida. Além disso, contribui para o estabelecimento da função materna pela mulher. No entanto, um contexto de conflito pode reduzir significativamente o suporte oferecido à gestante, aumentando a sua vulnerabilidade psicossocial.

Outra questão presente no discurso das gestantes atendidas era a dificuldade de lidar com algum membro da família usuário de drogas ilícitas (05 casos), sendo que, na maioria dos relatos, o uso indevido ou abusivo era feito pelo próprio companheiro. Nesses discursos fica evidente a sensação de desamparo e falta de apoio vivenciado por essas mulheres.

O Serviço de Psicologia atendeu, em dois meses, seis gestantes com transtorno depressivo e, destas, duas apresentavam ideação suicida. Conforme Pereira e Lovisi (2008), estudos nacionais e internacionais apontam que a depressão é o transtorno mental com maior incidência durante o período gravídico-puerperal. A depressão no período gravídico constitui um fator de risco para que o transtorno permaneça, também, no pós-parto. Esta condição materna aumenta as chances de nascimento prematuro e com baixo peso do bebê. Pode acarretar, também, prejuízos no desenvolvimento emocional e cognitivo da criança,

tendo em vista que mães deprimidas apresentam diminuição nas interações sociais e demonstrações de afeto.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A implantação de um serviço de psicologia, numa perspectiva interdisciplinar, no campo da saúde obstétrica é um trabalho desafiador e dinâmico, sendo que a sua continuidade envolve reavaliações constantes. Maldonado (1989, p. 36) corrobora essa ideia ao dizer que “o planejamento e a implantação de um trabalho se dá num contexto de flexibilidade, questionamentos e permanente revisão de sua eficácia”. O trabalho interdisciplinar faz-se imprescindível na atenção integral à saúde da gestante e responde às diretrizes das políticas públicas de saúde. Enquanto parte da equipe, o psicólogo contribui na busca da integração dos diferentes saberes favorecendo o diálogo e as trocas entre os profissionais.

Algumas ações foram imprescindíveis para implantação do Serviço de Psicologia no ambulatório pré-natal de alto risco no HU/UFSC, tais como: observação prévia da rotina; inclusão dos profissionais locais no planejamento; construção e divulgação do protocolo de atendimento psicológico. Estes procedimentos contribuíram para envolver a equipe de saúde local no processo de inserção da psicologia e facilitaram o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar. Além disso, cabe ressaltar a importância da ficha de atendimento psicológico, que além de ser um documento de registro, permite a coleta sistematizada de informações para estudos posteriores da demanda atendida no ambulatório.

As intercorrências no período gravídico-puerperal fragilizam a mulher e sua

família e conduzem, muitas vezes, ao ápice do sofrimento psíquico. Oferecer atendimento psicológico neste contexto possibilita à gestante elaborar e refletir acerca das estratégias de enfrentamento diante de sua condição clínica. A atuação do psicólogo envolve ações terapêuticas e preventivas e são voltadas, principalmente, aos aspectos emocionais e relacionais, tendo em vista as importantes transformações ocorridas na mulher e na família no período gravídico-puerperal. Resignificar experiências difíceis representa uma possibilidade de melhorar a qualidade de vida entre as pessoas envolvidas.

Ressalta-se, por fim, a importância da promoção de saúde no atendimento psicológico ambulatorial às gestantes, pois a vida inicia no útero materno. O bebê possui registros de memória deste período de vida, o qual irá influenciar no seu desenvolvimento psíquico. Ao acolher a mãe e a família é possível favorecer a formação e/ou o fortalecimento do vínculo afetivo com o novo indivíduo em formação e proteger, dessa forma, seu desenvolvimento.

## REFERÊNCIAS

Andrade, P. C., Linhares, J. J., Martinelli, S., Antonini, M., Lippi, U. G. & Baracat, F. F. (2004). Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. *RBGO*, 26 (9), 697-702. Recuperado em 24 jun. 2012: [www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n9/a04v26n9.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n9/a04v26n9.pdf).

Bowlby, J. (2002). *Cuidados Maternos e Saúde Mental*. (4a ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Brasil. Ministério da Saúde. (2010). *Gestação de alto risco: manual técnico*. (5a ed.) Recuperado em 22 de mai. 2012: [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência Social à Saúde. (1999). *ABC do SUS – doutrinas e princípios* (Vol. 1/MS). Brasília, DF: Autor. Recuperado em 23 mai. 2012: [www.fop.unicamp.br/saudecoletiva/files/ABCdoSUS.pdf](http://www.fop.unicamp.br/saudecoletiva/files/ABCdoSUS.pdf).

Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Programa humanização do parto, humanização*

*no pré-natal e nascimento*. Brasília/DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 20 mai. 2012: [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf).

Bortoletti, F. F. (2007). Psicodinâmica do ciclo gravídico puerperal. In: F. F. Bortoletti (Org.), *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar* (pp. 21- 31). São Paulo: Manole.

Bortoletti, F.F.; Moron, A.F.; Santana, R.M.; Abrahão, A.R.; Pares, D.B.; Azevedo, A. & Camano, L. (1996). Atuação do psicólogo em serviço de medicina fetal. In: Moron, A. F.; Cha, S. C.; Isfer E. V. (Ed.). *Abordagem multiprofissional em medicina fetal* (pp. 11-15). São Paulo: Escritório Editorial.

Correa, M. D.; Oliveira, V. J. M. de. (1999). *Assistência pré-natal*. In: M. D. Correa (Org.) *Noções práticas de obstetrícia* (pp. 20 – 33). Rio de Janeiro: Medsi.

Custódio, Z. A. de O. (2010). *Redes sociais no contexto da prematuridade: fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento da criança ao longo dos seus dois primeiros anos de vida*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

David, M. A. O.; Benute, G. R. G.; Junior, R. F.; Nomura, R. Y. Lucia, M. C. S.; Zugaib, M. (2008). Depressão em grávidas hipertensas: preocupações maternas durante a gestação. *Psicologia Hospitalar*, 6(1), 02-20. Recuperado em 20 jun. 2012: [pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v6n1/v6n1a02.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v6n1/v6n1a02.pdf).

Dessen, M. A.; Braz, M.P. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(3), 221-231. Recuperado em 18 jun. 2012: [www.scielo.br/pdf/%0D/ptp/v16n3/4809.pdf](http://www.scielo.br/pdf/%0D/ptp/v16n3/4809.pdf).

Dourado, V, G; Pelloso, S. M. (2007). Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. *Acta Paul Enferm.*, 20(1), 69-74. Recuperado em 15 jun. 2012: [www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a12v20n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a12v20n1.pdf).

Fiorini, H. J. (2004). *Teoria e técnicas de psicoterapias*. (M. S. Gonçalves, trad.). São Paulo: Martins Fontes.

Gomes, R.; Cavalcanti, F. L.; Marinho, N.S. do .A.; Silva, P. G. L. (2001). Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 9(4), 62-67. Recuperado em 20 mai. 2012: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692001000400011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000400011&lng=en&nrm=iso).

Goncalves, T. R.; Piccinini, C. A. (2007). Aspectos psicológicos da gestação e da maternidade no contexto da infecção pelo HIV/Aids. *Psicol. USP*, 18(3), 113-142. Recuperado em 25 jun.2012: [www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1678-51772007000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51772007000300007&lng=en&nrm=iso).

Klaus, M.; Kennel, J. (1992). *Pais/bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes

Médicas.

Maia, E.M.C. (2007). *Desenvolvimento do apego na gestante adolescente*. In. F. F. Bortoletti (Col.), *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar* (pp. 79-83). São Paulo: Manole.

Maldonado, M. T. (1997). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério* (17a ed.). São Paulo: Saraiva.

Maldonado, M. T. (1989). *Maternidade e paternidade* (Vol. 1). Petrópolis, RJ: Vozes.

More, C. L. O. O.; Crepaldi, M. C.; Queiroz, A. H. de; Wendt, N. C. Cardoso; V. S. (2004). As representações sociais do psicólogo entre os residentes do programa de saúde da família e a importância da interdisciplinaridade. *Psicologia Hospitalar*, 1(1), 59-75. Recuperado em 18 jun. 2012: [www.labsfac.ufsc.br/documentos/representacoesSociaisPsicologoResidentes.pdf](http://www.labsfac.ufsc.br/documentos/representacoesSociaisPsicologoResidentes.pdf).

Moura, M.M.D., Carneiro, S.M., Monteiro, A.C. (2002). Psicologia médica em maternidade pública de alto risco. *Femina*, 30(04), 210-223.

Prates, C.S.; Abib, G.M.C.; Oliveira, D.L.L.C. (2008). Poder de gênero, pobreza e anticoncepção: vivências de multiparas. *Rev Gaúcha Enferm.*, 29(4), 604-11. Recuperado em 20 jun. 2012: [seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7632/4687](http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7632/4687).

Pereira, P. K; Lovisi, G. M. (2008). Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Rev. psiquiatr. clín.*, 35(4), 144-153. Recuperado em 26 jun. 2012: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832008000400004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000400004&lng=pt&nrm=iso).

Piccinini, C. A.; Gomes, A. G.; Moreira, L. E.; Lopes, R.S. (2004a). Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(3), 223-232. Recuperado em 18 jun. 2012: [www.scielo.br/pdf/ptp/v20n3/a03v20n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n3/a03v20n3.pdf).

Piccinini, C. A.; Silva, M. R.; Gonçalves, T. R.; Lopes, R. S. Tudge, J. (2004b). O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 17(3), 303-314. Recuperado em 24 jun. 2012: [www.scielo.br/pdf/%0D/prc/v17n3/a03v17n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/%0D/prc/v17n3/a03v17n3.pdf).

Rabello, A.M.M.; Silva, A.G.; Zorning, S. (2010). Cuidar das mães, que cuidam dos filhos, que cuidam de...: observações e reflexões sobre gravidez na adolescência. *Primórdios – CPRJ*, 1(1), 43-56. Recuperado em 18 mai. 2012: [www.cprj.com.br/preimordios/43-56\\_cuidar\\_das\\_mães.pdf](http://www.cprj.com.br/preimordios/43-56_cuidar_das_mães.pdf).

Sarmento, R; Setúbal, M, S, V. (2003). Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Rev. Ciências Médicas*, 12(3), 261-268. Recuperado em 15 mai. 2012: [bvsm.sau.de.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0204/pdfs/IS24%282%29051.pdf](http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/is_digital/is_0204/pdfs/IS24%282%29051.pdf).

Sluzki, C. e. (1997). *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*.

São Paulo: Casa do Psicólogo.

Wilhein, J. (2006). *O que é psicologia pré-natal* (4a ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

## **CONTATO**

Departamento de Psicologia. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina, Trindade, CEP: 88010-970, Florianópolis, SC - Brasil.

E-mail: denisebcaldas@yahoo.com.br