



**CENTRO UNIVERSITÁRIO FAMETRO  
PSICOLOGIA**

**JOÃO VICTOR MENEZES DE SOUZA**

**SER MÃE NO HOSPITAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DO TRABALHO  
PSICOLÓGICO**

**FORTALEZA - CE  
2020**

JOÃO VICTOR MENEZES DE SOUZA

SER MÃE NO HOSPITAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DO TRABALHO  
PSICOLÓGICO

Monografia apresentada como requisito a para a obtenção do grau de bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário UNIFAMETRO – como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II.

prof. º Orientador: Ms. Gardênia Holanda Marques

FORTALEZA - CE

2020

---

S729s

Souza, João Victor Menezes de.

Ser mãe no hospital: um relato de experiência do trabalho psicológico. / Fortaleza, 2020.

29 f. ; 30 cm.

Monografia – Curso de graduação em Psicologia, Fortaleza 2020.

Orientação: Prof<sup>a</sup>. Ms. Gardênia Holanda Marques.

1. Maternidade. 2. Hospital. 3. Alojamento Conjunto. 4. Psicologia. I. Título.

---

CDD 155.91

JOÃO VICTOR MENEZES DE SOUZA

SER MÃE NO HOSPITAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DO TRABALHO  
PSICOLÓGICO

Essa Monografia apresentada dia 11 de dezembro de 2020 como requisito para a obtenção do grau de bacharelado em Psicologia pelo Centro Universitário Fametro – UNIFAMETRO – Tendo sido aprovado pela banca examinadora composta pelos professores abaixo:

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Ms. Gardênia Holanda Marques  
Orientadora – Centro Universitário FAMETRO

---

Prof. Ms. Ticiania Siqueira Ferreira  
Membro – Centro Universitário FAMETRO

---

Prof. Ms. Lorena Brito da Silva  
Membro – Centro Universitário Fametro

FORTALEZA - CE

2020

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de demonstrar minha gratidão de forma estupidamente enorme para cada um que ler este trabalho. Sinto que a cada um que estrar em contato com esta monografia, principalmente os que aqui serão citados devo separar um espaço especial para demonstrar o quão incrível é você e o quanto impactou na minha formação pessoal e profissional. Gostaria de ser grata a minha família: Minha avó pelo investimento financeiro e emocional desde o momento que me tornei um “órfão” de mãe. A Minha mãe, falecida após o parto que viria me trazer o mundo, já que sem talvez esse evento o interesse por Psicologia Perinatal não existiria. A Minha mãe de criação Maria Aparecida, mulher, negra e que foi meu alicerce do nascimento á vida adulta, não seria nada sem você, seus ensinamentos e sua maternagem. A meus pais Silas e Evandro, duas faces masculinas e que me ensinaram em demasia. As mães que atendi no período de estágio, e que puderam realizar meu desejo de trabalhar com a maternidade. Gratidão imensa a Prof. Ticiania Siqueira, profissional de altíssima qualidade, que pude ter a honra de trabalhar tanto no Hospital quanto na Clínica-Escola. Á prof. Gârdenia Marques, a qual acompanho desde seu primeiro dia de aula na UNIFAMETRO e pude atestar a maestria de sua paixão pela docência e pela Psicologia, a qual me inspira demais. Aos professores e professoras: Aline Moita, Aline Gadelha, Lorena Brito, Ércilia Souza, Sara Guerra, Leticia Décimo Flesch, Fábio Paz, Iago Cavalcante e João Carlos e Mariah Ramiro por serem eles mesmo e demonstrar com espontaneidade e maestria os grandes profissionais que são!

Agradeço também aos meus amigos: Davi, Bel, Lívia, Luciana, Renato, Nábia, Ruth, Felipe, Raquel, Rafael, Jenyffer, Nayara, Tavares, Iagra, Bruno, Natasha, Juliana, Eric Magda, Italo, Ezequias, Luana, Matheus, Amanda, Stella, Andressa Mendes, Andressa Sullivan, Douglas, Rayres e Láila pelo estímulo constante, pois sem vocês não havia encerrado a graduação.

Vale também deixar registrado meu agradecimento as psicólogas: Nicole Victor, Karleynayra, Zita Ribeiro, Roselany Varela, Laura Serafim e a Equipe ARTes que me moldaram enquanto profissional.

## **RESUMO**

O trabalho que segue debruça-se sobre a experiência de um estágio realizado em uma Maternidade referência em gestação de risco, discutindo sobre os atendimentos psicológicos realizados com mães e seus bebês em Alojamentos conjuntos. É discutido a atuação profissional da psicologia no puerpério, caracterizando as dificuldades de atuação em um dispositivo de saúde pública, a diversidade na experiência subjetiva de maternidade e temáticas que apareceram durante a atuação. É Discutido também a relação do sofrimento dessas mulheres com a hospitalização e as relações de poder nesses espaços e seus impactos no sofrimento materno. As temáticas que apareceram em reflexões pós estágio são: a paternidade no hospital e o homem no parto, Mães com diagnóstico soropositivo e suas consequências na maternagem, além de intercorrências e questões emocionais no puerpério na instituição hospitalar.

Palavras-chave: Maternidade. Hospital. Alojamento Conjunto. Psicologia.

## **SUMMARY**

The work that follows focuses on the experience of an internship performed in a reference maternity in risk pregnancy, discussing about the psychological care performed with mothers and their babies in joint accommodations.

It is discussed the professional performance of psychology in the puerperium, characterizing the difficulties of acting in a public health device, the diversity in the subjective experience of motherhood and themes that appeared during the performance. It is also discussed the relationship between the suffering of these women and hospitalization and power relations in these spaces and their impacts on maternal suffering. The themes that appeared in post-stage reflections are: paternity in the hospital and the man in childbirth, Mothers with seropositive diagnosis and its consequences on motherhood, as well as complications and emotional issues in the puerperium in the hospital institution.

Keywords: Matherhood. Hospital. Joint Accommodations. Psychology.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>07</b>
<b>2 METODOLOGIA.....</b>	<b>10</b>
<b>3 CRISE, PSICOTERAPIA BREVE E MATERNIDADE.....</b>	<b>11</b>
3.1 PSICOTERAPIA BREVE E HOSPITAL.....	14
3.2 GESTAÇÃO DE ALTO RISCO.....	16
<b>4 ESTÁGIO E MATERNIDADE.....</b>	<b>18</b>
4.1 ROTINA DE ATENDIMENTO NO ALOJAMENTO CONJUNTO.....	20
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>27</b>
<b>6 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>28</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Relato neste trabalho, o percurso vivido no estágio curricular, realizada no âmbito terciário da saúde, Um Hospital Geral de referência em Gravidez e Parto de Risco. Particularmente um campo de estagio que me era muito esperado, por aliar dois interesses de estudo que eu possuo: Psicologia Hospitalar e Psicologia Perinatal. A última se tornou uma área de interesse a partir de um curso o qual participei no ano de 2018, e me instigou profundamente a pesquisar sobre a Maternidade e Parentalidade.

A psicologia Hospitalar se caracteriza principalmente pelo objetivo de minimização do sofrimento do paciente frente a hospitalização, sendo o profissional de psicologia uma das pontes facilitadoras para que o indivíduo atravesse o momento e experiencie a “crise” subjetiva da forma menos negativa possível (ANGERAMI, 2017).

Na instituição hospitalar, surge uma nova pratica da psicologia, até então chamada de Psicologia “Obstétrica” apropriando-se da literatura médica e com o passar do tempo vai fazendo a tentativa de humanizar as intervenções puramente obstétricas realizadas em maternidades. Com a finalidade de diferenciar-se das práticas médicas, Vera Iaconelli (2012) propõe o termo perinatalidade, vindo da palavra grega *perí* que significa movimento, entorno e *natale* em latim que se relaciona a nascimento.

Daí então surge a proposta da Psicologia Perinatal, se debruçar em direção da parentalidade, gestação, parto e pós parto e estudar seu relacionamento com questões sociais, determinações biológicas, culturais e históricas e focando em especial nas questões individuais, tentando resgatar o subjetivo nas praticas de cuidado para com mães, pais e famílias e se afastar de um cuidado material e focado exclusivamente em um fator biológico (IACONELLI, 2012).

Algumas notícias trouxeram à tona uma reflexão sobre o cuidado com o público de puérperas, como a publicação da instituição Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2016), que traz a pesquisa “*Nascer no Brasil*”, que anualmente faz avaliações estatísticas da taxa de nascimentos, correlacionando com variáveis que normalmente não são relatadas. Na pesquisa do ano de 2016, o índice de Depressão pós-parto atingiu a porcentagem de 25% das mães do nosso país.

Além disso, em 2018, a Câmara de deputados de Goiás aprovou o projeto de Lei 702/15 que submete gestantes e mães de recém nascidos a avaliação psicológica com a finalidade de rastreio da possibilidade de Depressão Puerperal ou Gestacional e encaminhamento para acompanhamento psicológico. Tal medida seria uma tentativa de combate a Depressão gestacional, pós-parto parto e Psicose Puerperal.<sup>1</sup>.

Um questionamento interessante para se fazer é o quanto a graduação nos prepara para lidar com esses tipos de demanda, seja por um viés de capacitação pessoal, teórica ou técnica. Para além disso, como podemos contribuir para tal construção profissional? Já que a psicologia é tão diversa e o trabalho no ambiente Hospitalar normalmente é cheio de desafios e mudanças. A principal é dialogar com profissionais de outras áreas e pacientes, tornando a psicologia mais próxima desses públicos. Além disso, como atuar em um lugar com tempo e espaço tão distintos do que estamos capacitados?

Essas eram algumas das questões que permeavam as minhas ideias para esse trabalho e durante minha atuação no Hospital. Como objetivo do meu trabalho, viso trazer para a academia a discussão sobre a atuação do psicólogo na maternidade, principalmente para tentar dar lugar á experiência de mulheres que precisam ser mães no hospital. Como se dá o trabalho do psicólogo na escuta de mães e mulheres que irão parir? Essa foi a minha pergunta norteadora neste trabalho.

Tal trabalho é relevante para abrir espaço no ambiente da universidade para discussão de tais problemáticas, pois é necessária maior aproximação para escuta de mulheres, mães e do sofrimento que permeia suas vidas em tal contexto. Existem poucas produções que tragam exclusivamente a experiência de atendimento no leito, em específico o Alojamento Conjunto, onde ficam mães e seus bebês.

Por isso, julgo importante abirmos espaço para discutir sobre o tema, principalmente por estar sendo discutido bastante sobre as mulheres, seus corpos e como eles acabam sendo “utilizados”.

---

<sup>1</sup> Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/539702-camara-aprova-avaliacao-psicologica-em-gestantes-e-maes-de-recem-nascidos/> . Acesso em: 05/04/2020

Nos primeiros capítulos, falo sobre a Psicoterapia breve, técnica utilizada no hospital, um pouco de seu histórico e trazendo a Maternidade e sua complexidade como o foco principal da temática do trabalho e da minha atuação profissional.

Nos próximos contextualizo o trabalho da psicóloga no Hospital, sua forma de atuação, primeiras atividades no Brasil e discuto um pouco de suas atividades na atuação com Gestações de alto risco.

Subsequentemente falo sobre toda a experiência de estágio que tive e que foi geradora das reflexões que trago em simultâneo, trazendo a diversidade do que é ser mãe no hospital.

## **2 METODOLOGIA**

Ao pensar no método que seria escolhido para organizar a experiência vivida no estágio, quis priorizar um método que fizesse jus a espontaneidade do que foi vivido. Fugiu de métodos que se caracterizassem como rígidos demais, por acreditar que a totalidade das situações precisaria ser discutida. Sejam elas: o que senti, minhas reflexões a partir da prática e como elas impactaram em meu caminho profissional e nos atendimentos.

A partir das experiências de Oscar Jara, que construiu uma proposta de organização e sistematização de experiências em 5 tempos, com base numa crítica dele, de que muitas pessoas procuram “receitas de bolo” ou padrões corretos de como apresentar seu relato de experiência. Passos pré-definidos podem ser danosos na apresentação de uma situação, sua reconstrução e reflexão.

Os cinco tempos para a sistematização de uma experiência são: O ponto de partida, as perguntas iniciais, recuperação do processo vivido, a reflexão de fundo e os pontos de chegada.

O primeiro tempo se resume a participação da experiência, e seu registro. No meu caso, são os três meses e meio que estagiei na unidade hospitalar e os diários de campo que correspondem a esta fase. O segundo tempo são a definição das perguntas e objetivo que nortearam meu relato. O principal objetivo sendo a caracterização de como é vivida a experiência materna no hospital, além das possibilidades de escuta da profissional de psicologia e de sua atuação. O terceiro tempo é a recuperação do processo vivido, e na releitura dos diários de campo, textos de apoio, anotações de supervisão e resumo do material pude reconstruir as histórias que queria recontar. A reflexão de fundo se caracteriza na transcrição do material, aqui apresentado em “Estágio e Maternidade”, apresentando o lugar, demandas das puérperas atendidas e de como elas impactaram na construção de meu caminho profissional e na discussão da saúde mental materna em tais espaço.

No último tempo, o ponto de chegada, estão as resoluções de algumas reflexões e seus desdobramentos, representados aqui nas considerações finais do trabalho.

### **3 CRISE, PSICOTERAPIA BREVE E MATERNIDADE**

A teoria de base da psicoterapia breve, vem da teoria de crise, já que foi a partir dela que pôde-se desenvolver maiores contribuições para o campo da saúde mental e atendimento em emergências e urgências. A palavra crise deriva do grego krisis, significando “decisão”, do verbo krino ou “eu decido, separo, julgo”. Entendemos esse momento como uma situação de instabilidade física e/ou psicológica para quem a atravessa, podendo dar lugar á um desconforto ou angustia duradouro, e até mesmo ampliando a percepção e/ou repertório do indivíduo (SAMPAIO; HOLANDA, 2012).

A crise é caracterizada por ser um caminho sem saída e inevitável. Alguns teóricos da psicologia do desenvolvimento como Caplan e Erik Eriksson compreendem que para além de uma vivência incomum, as crises fazem parte de nossa constituição psíquica e maturação psicológica. Na mulher, existem três: adolescência, gravidez e climatério. Ligados por uma transformação hormonal e biologicamente determinada, trazem pelo viés cultural, transformações profundas. Adaptação á papeis sociais, reajustamento interpessoal e mudança de identidade são algumas das consequências que mulheres enfrentam nessas crises (MALDONADO, 1996).

O indivíduo encontrando-se fragilizado, sua receptividade á auxilio tende a ser maior, a crise tem esse aspecto dual; pode ser saudável ou doentia. As passagens que tendem a ser marcos na história de vida de alguém, podem ser chamados de transição existencial. O caminho de transformação e amadurecimento construídos a partir daquele marco serão memoráveis impactando na personalidade total do ser. Toda crise é uma transição, mas as transições nem sempre são interpretadas como crises com todo reconhecimento dramático. Mesmo assim, o contrário pode ocorrer; entre crise e transição há uma tênue linha (MALDONADO, 1996)

O ciclo gravídico puerperal, pode ser interpretado como uma crise significativa no desenvolvimento de uma mulher. Ser filha, adaptar-se a ser mãe, mudanças na imagem corporal, assumir responsabilidades e mudar toda uma estrutura sociodemográfica, econômica e emocional pode significar uma pressão e perda de subjetividade significativas. O parto não cessa as crises, apenas rompe um ciclo e inicia outro (MALDONADO, 1996).

Em meados de 1920, Sandor Ferenczi (2012) se deparava com tentativas de aperfeiçoamento da teoria e técnica psicanalítica.

Junto de Otto Rank desenvolveu uma proposta chamada “técnica ativa”, onde escutava atenta e empaticamente o analisando, realizando intervenções mais diretivas. Tal mudança técnica ia na contramão do método clássico estabelecido pelo seu mestre Sigmund Freud, onde o analista mantinha-se em silêncio e de forma passiva. O objetivo era a diminuição no número de sessões do processo analítico, costumeiramente longo. O argumento anterior dá a Ferenczi o título de “Pai” da Psicoterapia Breve (abreviada aqui pela sigla PB), por ser o primeiro a tentar sistematizar tal técnica. Avaliado pelo seu mestre e colegas como um “transgressor”, posteriormente alcançou notoriedade entre outros pensadores que futuramente discutiriam tais temáticas (SAMPAIO; HOLANDA, 2012).

Assim, na década de 40 surge uma dupla de psicanalistas: Franz Alexander e Thomas Morton French apresentaram durante um congresso o conceito de Experiência Emocional Corretiva (EEC), baseado nas reformulações feitas por Freud do aparelho psíquico e de sua própria teoria, denotando o objetivo do trabalho terapêutico como a ampliação do ego, operante a nível inconsciente e pré-consciente. Esse conceito possui algumas interpretações dependendo da escola de PB utilizada, seja a Psicanalítica-Londrina ou a latino-americana. Nós ateremos à conceituação clássica de Alexander, que será abordada mais a frente (LEMGRUBER, 1984).

Os europeus que citarei como influencia histórica para a construção da PB são: Michael Balint, que dedicou dez anos de sua vida acadêmica na Clínica Tavistock em Londres, pesquisando a efetividade desta técnica, além de planejar formação para médicos utilizarem a técnica adicionando a “*substancia medico*”, ou seja, adicionar um fator individual e menos rígido em seus planos terapêuticos. No mesmo lugar alguns anos depois, surge D. H. Malan utilizando testes projetivos para comparar dados dos indivíduos antes e depois do processo (FERREIRA-SANTOS, 2013).

O argentino Hector Juan Fiorini acabou por se consolidar como referência na área, explorando o conceito de Experiência Emocionalmente Corretiva, além de em vários livros traz uma visão ampliada e não rígida da utilização de técnicas e procedimentos. Defende a visão multidimensional do cliente e de seus problemas, para não cair em uma simplificação dos mesmos. Não tem como objetivo a regressão para problemas profundos e passados do cliente, por compreender que todo o processo deve ser no aqui e agora. Ele chama a atenção que a utilização do termo “breve” pode aludir a um empobrecimento do processo, mas deve ser utilizada uma

atenção flutuante e seletiva do terapeuta para não recair sobre uma terapêutica regressiva que pode impossibilitar o trabalho pontual (SAMPAIO; HOLANDA, 2012).

A Psicoterapia Breve ainda tem algumas vertentes que divergem teórica e algumas vezes tecnicamente. As principais são: Psicoterapia breve mobilizadora, psicoterapia breve de apoio e psicoterapia breve resolutiva. Para as discussões do próximo capítulo, será focado na Psicoterapia Breve de Apoio (PBA), por ser a técnica utilizada no contexto hospitalar e a que possui uma literatura vasta, inclusive tendo as primeiras produções na década de 70 (FERREIRA-SANTOS, 2013).

A psicoterapia breve de apoio visa a eliminação de sintomas ou comportamentos desadaptativos em indivíduos que estejam atravessando crises agudas. Proporciona o reforço de mecanismos de defesa adaptativos, dar suporte durante o evento, melhorar a capacidade de julgamento da realidade, afastamento de pressões ambientais intensas e desenvolvimento psicológico. Se divide em Psicoterapia de longa duração recomendada para pessoas que tenham algum diagnóstico psiquiátrico ou desorganização intensa e persistente do ego, e Psicoterapia de breve duração, indicada para pessoas que vivenciam uma crise intensa e isolada, objetivando controle e desenvolvimento de mecanismos adaptativos de enfrentamento (CORDIOLI et al, 2019).

A Experiência Emocional Corretiva ou (EEC) define-se por uma vivência que integra os âmbitos cognitivo, afetivo, volitivo e motor. O diferencial está no fator relacional entre terapeuta e cliente, pois é ele que desencadeia a relevância no processo. A EEC dá a possibilidade de o paciente reviver situações traumáticas tendo um suporte do terapeuta, num contexto seguro, livre de julgamentos e empático. A partir da evocação da emoção em um novo contexto, o cliente poderá sentir a possibilidade de responder de outra forma o que foi sentido, podendo reformular seus conflitos internos. O autor dessa teoria/técnica ainda afirma que o sujeito ainda pode sentir a EEC em sua vida cotidiana, tirando sua exclusividade enquanto “procedimento profissional”. É importante ressaltar ainda a adição de uma atitude ou comportamento ao repertório usual do cliente, que possa auxiliá-lo em outros momentos de crise. A repercussão é notória ou igual a um processo psicoterápico de longa duração (LEMGRUBER, 1984).

Como citado anteriormente, existem duas “escolas” que utilizam esse conceito. A escola argentina, representada por Fiorini, utiliza EEC se afastando da tradição psicanalítica e dando uma fundamentação no “insight” cognitivo, não levando em consideração aspectos inconscientes e mantendo-se nos mecanismos conscientes. A concepção clássica de Alexander, mantém o protagonismo da interação como combustível para a transformação do evento crítico. É corrigido inclusive o termo para Experiência “relacional” corretiva, por que Fiorini mantendo-se no nível racional das explicações “simplifica” a teoria. Essa é a crítica mais recorrente que ele recebe (LEMGRUBER, 1984).

Definimos então a EEC como uma relação que desperta o “estalo interno”, que não é apenas emocional ou cognitivo, é mais profundo, como um “complexo psíquico”, instituído por Freud. É uma sucessão de fatos de níveis afetivos, volitivos que incitam as funções motoras. Fatos que geram pensamentos, emoções, desejos e conduzem ações. Existe um paralelo interessante de se fazer que é o do “Insight gestáltico” vindo da tradição fenomenológica, onde o aprendizado é instantâneo. A PB visa o aumento da frequência desses “insights completos”, manejando-as, dando ao indivíduo atendido melhor compreensão de si, das relações que estabelece e do processo que vive (LEMGRUBER, 1984).

### **3.1 PSICOTERAPIA BREVE E HOSPITAL**

Ao chegar no Brasil na década de 70 (2013), a PB foi utilizada como estratégia de trabalho com objetivos determinados e curta duração com pacientes da Clínica de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de medicina de São Paulo. Visando um cuidado com os pacientes que eram submetidos a cirurgia, a psicóloga Mathilde Neder acompanhava o pre e pós cirúrgico com crianças. Após esse período, A Revista de psiquiatria Clínica do mesmo hospital publicou o relato de Carmita Abdo e seus vastos anos com PB e os alunos universitários (FERREIRA, SANTOS, 2013).

A prática do psicólogo hospitalar é pautada na minimização do sofrimento decorrente da hospitalização, além de ter características divergentes do processo psicoterápico tradicional praticado em consultório. O tempo é limitadíssimo comparado a psicoterapia e o profissional deve ter esse aspecto muito claro, pois inclusive essa característica irá impactar toda sua atuação. O chamado “*setting*”

diverge do usual que é uma sala com isolamento acústico, decoração planejada e horário marcado. Na maioria das vezes lançamo-nos em locais abertos, cheios de instrumentos e leitos com distancias bem próximas. Na atuação da profissional de psicologia, devemos ser criativas, para fugir do convencional e levar em consideração as limitações que o ambiente e suas complexidades adicionam a nossa prática (ROMANO, 1999).

Mesmo com essa diversificação devido ao ambiente e as demandas, em síntese o trabalho da Psicóloga é acompanhar o desenvolvimento cognitivo e emocional do Paciente que está fazendo uso do Serviço Hospitalar, em sua maior parte de nível terciário ou quaternário, acolhendo e intervindo quando necessário, junto da equipe multiprofissional, acolhendo também a família do paciente e mediando a comunicação entre cliente e profissionais. O primordial é também o empoderamento do indivíduo em decorrência do seu processo; se este compreende o diagnóstico, quais as consequências emocionais (se houverem) para si e sua família, o tratamento e em caso de internação como esta pessoa a enfrenta (ROMANO, 1999).

A pratica leva em consideração também a realidade do trabalho que muitas vezes se depara com limitações físicas e imaginarias: sejam elas o tempo, privacidade e falta de recursos ou a ideia fantasiosa que a Psicologia se apresenta como a especialidade de resoluções imediatas de “problemas”. Enquadro “problemas” como sinônimo de “pessoas” para alguns profissionais da área biomédica, já que se espera que psicólogas também excluam o fator relacional e espontâneo que existe nos pacientes. Os espaços mais comuns para acompanhar tal dinâmica são três: Ambulatório, Unidade de Emergência/Pronto Socorro e Unidade de Internação/Enfermaria (ROMANO, 1999).

O Ambulatório é um espaço (que mais se aproxima de um atendimento clinico tradicional de psicoterapia) reservado para atendimento visando o diagnóstico e tratamento através da execução de atividades de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do usuário e sua família, quando a internação não se faz necessária. Isso dá a oportunidade de acompanhamento do ciclo de tratamento, apesar de ser uma modalidade de atendimento normalmente utilizada apenas por serviços-escola (Universidades ou Hospitais-Escola). Normalmente é um serviço disponível também em postos de saúde (com limitações diagnosticas) e com foco

primário. No Hospital esse recurso é utilizado como investigação especializada e elucidativa. Essa seria a grande diferenciação do serviço prestado (ROMANO, 1999).

A Unidade de Internação ou Enfermaria é apontado como a característica principal e mais essencial do Hospital. Indivíduos são residentes de um espaço controlado, com assistência médica 24 horas e uma equipe de enfermagem à disposição. Acabam por compartilhar sua intimidade, emoções e um espaço físico com indivíduos que não conhecem. Esse caráter coletivo da assistência prestada no ambiente hospitalar se faz necessário para uma melhor gestão do serviço e do compromisso comunitário. Neste cenário a psicóloga deve estar sempre transitando, para ser notada em seu trabalho, pois assim pode receber respostas mais positivas ao abordar alguém. Todo o cuidado direcionado ao paciente é de finalidade orgânica, se a psicóloga estiver efetivamente no ambiente contribuindo para o cuidado psíquico, os sujeitos não terão resistência em entrar em contato e ter esse espaço para atenção ao psíquico (ROMANO, 1999).

### **3.2 GESTAÇÃO DE ALTO RISCO**

O Ciclo Gravídico-puerperal em tal cenário acaba não tendo tanto apoio psíquico, principalmente pelo preparo instrumental médico para suporte ao Recém-Nascido e a Parturiente. A profissional de psicologia entra em cena principalmente na Gestação de Alto Risco (GAR), por compreenderem a necessidade de equipe Multidisciplinar. Em especial pois nessa questão existem fatores “socio-biológicos” que afetam desenvolvimento do feto e põem em risco a saúde da mãe. Os principais fatores de risco são: Idade acima de 35 anos e abaixo de 15, abuso de drogas lícitas e ilícitas, HIV-AIDS e Infec es Sexualmente Transmissíveis (IST’s), Lúpus, abortamentos consecutivos, Hipertensão arterial, diabetes e epilepsia (LANGARO; SANTOS, 2014).

O trabalho dos profissionais de psicologia encontra sua relevância principalmente no esclarecimento da importância de se desenvolver estratégias para lidar com a ansiedade sentida nesse período, trabalhar a comunica o e os laços afetivo-emocionais entre Paciente- família (e em especial por conta do diagnóstico de GAR), prevenir, diagnosticar e tratar possíveis transtornos psiquiátricos e psicológicos que possam aparecer durante o período e impactar na saúde da Mulher e no desenvolvimento do bebê (SONCINI *et al*, 2019).

A psicologia então participa das atividades na Triagem Obstétrica, Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto e Unidade Neonatal do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Neste artigo é interessante notar esse *locus* de atuação ligado a perinatalidade, principalmente por trazer metodologias de atuação da Profissional nesses contextos. Além deles, existe o Ambulatório, onde se há maior abertura para atividades psicoterapêutica com a Paciente. Visando dar suporte no atravessamento de dificuldades de adaptação e conflitos experienciados. Se aproximam do método de Fiorini, mantendo o foco como guia do processo. É importante citar também que no Ambulatório era ofertados dois tipos de serviços: consultas trimestrais para informação e orientação (Consultas psicológicas pré-natais) e acompanhamento psicológico pré-natal, com maior frequência e duração (CALDAS, 2013).

#### **4 ESTÁGIO E MATERNIDADE**

Durante o segundo semestre letivo de 2019, tive a possibilidade de alinhamento prático e teórico entre a psicologia perinatal e a psicologia hospitalar. Cursando a disciplina de Estágio Específico II, entrei num campo de estágio o qual eu almejava bastante: um Hospital Geral e Público na cidade de Fortaleza que é referência em atendimento a Gestação de Alto Risco. Além disso, o lugar também realiza cirurgias, atendimentos ambulatoriais e internações. As atividades da psicologia são bem diversificadas e existem vários profissionais. Tive suporte de uma professora-supervisora da UNIFAMETRO durante o estágio, além de uma psicóloga que trabalha no lugar e foi minha preceptora, me acolhendo na instituição e acompanhando meus atendimentos.

Os setores que pude adentrar enquanto estagiária foram duas Enfermarias chamadas “Alojamento Conjunto”, onde a puérpera está “hospedada” com seu bebê recém-nascido em berços padronizados. A primeira é onde elas ficam imediatamente após o parto, se recuperando. Fica geograficamente mais próximo das salas de parto e das Unidades de Terapia-Intensiva Neonatais, visando facilidade no deslocamento caso necessário. Além disso a temperatura é controlada e não existem janelas. Possuem 4 leitos em sua maioria, além da cadeira de acompanhante e um banheiro.

A outra enfermaria mantém alguns aspectos da anterior e se difere por ser um ambiente aberto e amplo, com um pátio no centro, cheio de flores e plantas, alguns bancos e uma capela ao fundo. Além de existir um “posto” de enfermagem bem mais próximo dos quartos, o que facilita a acessibilidade das mulheres aos profissionais de saúde.

Outro campo de atuação foi o Serviço de Ambulatório nas especialidades médicas de Ginecologia/Obstetrícia e Endocrinologia. Atendíamos em equipe Interdisciplinar com Enfermeiras, Assistentes Sociais, Obstetras e Psicólogas às jovens de (11 a 17 anos) pelo Núcleo de Atenção à saúde da Adolescente Gestante (NASA). As menores de 15 anos realizavam acompanhamento com Assistência Social e Psicologia durante a gestação e o Ministério público é notificado para tomar as medidas cabíveis.

Fiquei muito ansiosa para tal experiência por meus estudos circularem tal área, como citado anteriormente e pela possibilidade de compreender melhor o

sofrimento que paira ser mãe no hospital. Como já fora posto aqui, o hospital é um ambiente completamente diferente do *setting* clínico tradicional. Particularmente, enfrentei dificuldades em minha inserção, principalmente por uma ideia cristalizada do fazer clínico-psicológico e pouca flexibilidade para lidar com as intercorrências típicas do lugar.

Na medida em que fui me inserindo nos ambientes e criando uma relação com as pessoas na instituição, pude ter confiança para a realização de um atendimento sozinha. Tal fato acaba ganhando destaque na vida de uma estagiária, principalmente por antes da inserção termos tantas inseguranças com nossa postura, metodologias de atendimento e efetividade. Moretto (2002) escreveu uma belíssima obra destacando tais angustias e o que se destaca é que nós enquanto profissionais também sentimos as mesmas inseguranças. A pergunta geradora da autora que acabou sendo o título de sua obra me provocou a trazer também minha experiência.

Em uma reflexão sobre o *setting* analítico, Moretto (2002, p. 53) chama a atenção do leitor para o componente psíquico do lugar e do fazer, em seu exemplo psicanalítico, mas que podemos pensar também no fazer psicologia. O profissional necessita estar capacitado para sua atuação, investindo em uma capacitação intelectual com leituras, cursos e outros artifícios. O Hospital possui um cheiro, uma carga afetiva e psíquica própria. Além disso, o atendimento é realizado em qualquer espaço do mesmo. Pode ser no corredor, com algumas pessoas ao seu redor, no leito, junto com a família ou então enquanto um outro profissional entra e precisa realizar algum exame.

É necessária uma revisão de como meu repertório de comportamentos profissionais está adaptado para lidar com as possibilidades (quase) infinitas que encontramos em um hospital. Aliado á isso, tive algumas limitações durante o atendimento por não ter a oportunidade de praticar uma comunicação efetiva com as pacientes. Aos poucos fui superando essas dificuldades com estratégias de autocuidado, intensificação nos estudos e especialização com cursos.

#### 4.1 Rotina de Atendimento no Alojamento Conjunto

Durante dois dias na semana realizávamos (eu e minha preceptora) atendimentos às puérperas que se encontravam internadas nos Alojamentos Conjunto com seus bebês. Por conta da limitação de horários, apenas atendíamos por quatro horas. Dentro desse horário tentávamos dar conta de alguma demanda que aparecesse vinda de algum profissional que havia solicitado uma Interconsulta ou que a Psicologia desse um “parecer” da situação emocional que se encontrava alguma paciente. Além disso, por compreender que a hospitalização é uma situação que pode deixar o sujeito vulnerável, visitávamos as pacientes que se encontravam internadas por maior tempo no hospital, passando de uma média de três semanas ou alguns meses.

Como aponta Simonetti (2016, p. 20) a psicologia tem uma metodologia e uma epistemologia distintas da medicina, que acaba excluindo de seu aporte técnico a subjetividade. Como principal objeto da psicóloga, nossa principal forma de trabalho não é a extinção de sintomas da doença, ou o foco exclusivo na enfermidade, mas na relação que o indivíduo tem com ela. Nosso trabalho não é melhorar o trabalho da medicina, mas sim com a autonomia de nosso aporte técnico dar suporte emocional e ouvir o que na maioria das vezes os médicos e profissionais da saúde “escolhem” desprezar.

A instituição Hospitalar acaba se apresentando como um lugar com horário delimitados, procedimentos invasivos e pouco conforto, então algo que eu sempre me perguntava era “Como é para as novas mães a experiência de estar aqui?”. Mais à frente, Simonetti (2016, p. 24) diz como em alguns momentos o silêncio pode ser importante no processo de cuidado que é facilitado pela psicologia. Principalmente estando em um ambiente onde várias pessoas dizem o que fazer e controlam o corpo e a vivência de outras. Pode-se sentir uma perda de autonomia em prol de uma saúde.

Na construção de meu percurso enquanto profissional no hospital, o principal recurso que eu utilizava era a escuta e a observação. Inicialmente observava a rotina de minha preceptora e após o atendimento conversávamos sobre a experiência e refletíamos um pouco. Tínhamos em nossa posse um roteiro de atendimento<sup>2</sup>. que normalmente é utilizado para a UTI Neonatal, mas fazíamos

---

<sup>2</sup> A reprodução do instrumento não fora autorizada pela instituição, por isso não será disponibilizada

algumas adaptações, já que alguns campos do instrumento não faziam sentido com a vivência de um Alojamento Conjunto.

A estruturação da ficha visava uma avaliação psíquica dos pais de um Recém Nascido que se encontrava internado em UTI Neonatal. Ainda constavam nela perguntas com espaço bem reduzido de resposta, o que me trouxe certa dificuldade na forma de preenche-lo, pois me limitava demais á buscar uma resposta e pouco em escutar as mulheres e seus acompanhantes. A Estratégia que me deu suporte durante esse período era focar em como elas experienciavam a maternidade. Abandonei o instrumento, apesar de utilizar algumas perguntas que nele constavam, como o histórico familiar e pessoal, diagnostico psiquiátrico, ou a rede de apoio disponível.

Encontrava as mães e me apresentava, falando sobre a psicologia, como atuávamos e se poderíamos conversar com ela um pouco, pois queríamos saber como as mesmas estavam. Importante frisar que era dada a possibilidade de negar o atendimento caso ela assim quisesse ou o momento não se apresentasse oportuno. Foi importante adaptar a linguagem, já que uma grande maioria delas não tinham acesso à educação formal. Tornando o conhecimento acessível, pude perceber que elas compreendiam as mudanças emocionais do ciclo gravídico-puerperal, tendo aprendido com a melhor das professoras: a experiência.

No decorrer dos atendimentos, pude notar que alguns assuntos sempre apareciam: Relação familiar, Trabalho/rotina doméstica, Vínculo com o Pai do bebê e Mudanças “passadas e futuras”. A Relação familiar sempre atravessava os atendimentos, seja nos impactos da falta de uma rede de apoio, ou na presença da família e sua vinculação com a mãe e o bebê.

O trabalho ou rotina familiar é uma questão puxada para verificação de como ela se relaciona com a internação e a quão adaptada ou não ela está a rotina hospitalar. Essa adaptação pode ser um indicador de sofrimento, principalmente por elas reclamarem de não se sentirem “à vontade” ou exclamarem “que não tem melhor lugar do que nosso lar”. Além disso, existem preocupações daquelas que tem algum trabalho fixo ou são a fonte de renda da família e como estará a parte financeira já que ela está internada.

Como aponta Guggenheim, Guimarães e Pinheiro (2019, p. 3), cada mulher tem uma forma singular e única de viver suas angustias e dificuldades, em específico

a maternidade de uma gestação de risco. O relacionamento mãe-bebê é cercado de conflitos: seja o interno, onde a mãe se encontra com aspectos sombrios de sua personalidade e lida com isso na sua construção da identidade materna, ou quando se depara com a criança real e as fantasias que construiu no decorrer de sua história de vida sendo desconstruídas.

Invariavelmente a identidade de “mãe” vai sendo gestada durante o período da gravidez, mas é ainda mais importante as experiências no puerpério, já que a mulher vai lidar com o bebê real e toda sua complexidade: e lidar com sua ideia subjetiva de mãe e o que ela “aprendeu” o que é ser mãe também. Isso pode levar á uma certa “regressão” no sentido de sentir novamente alguma experiência que definiu sua forma de encarar tal evento.

Guggenheim, Guimarães e Pinheiro (2019) trazem reflexões que tive bastante durante meu estágio, trabalhando com esse sofrimento silenciado nos Alojamentos Conjuntos: A dificuldade de aceitar uma gravidez e seu impacto no puerpério, A associação entre nascimento e felicidade e é claro o mais clássico, a idealização do amor materno.

Quando a mulher tem dificuldade de aceitar a gravidez, podem ser por vários motivos: Não planejamento, não desejo de ter filhos, uma gravidez gemelar (de gêmeos) ... existem uma infinidade de possibilidades. Mas o que é comum se deparar é a tentativa de “conforto” de alguns profissionais, não permitindo a puérpera reexperimentar seu protagonismo na sua própria história, reduzindo-a apenas á uma cuidadora que precisa dar colo, amamentar e “amar” seu filho. E algumas delas relatam a dificuldade nos primeiros momentos de vida de adaptar-se á aquela nova pessoa nos seus braços, tão diferente do que se havia planejado ou pensado. O recém-nascido é um ótimo recipiente para conteúdos psíquicos da mãe/mulher.

A equipe hospitalar, como discutem Alvarenga e Kalil (2016, p. 5) normalmente reproduzem alguma forma de violência obstétrica, seja em intervenções instrumentais desnecessárias ou a não escolha da sua via de parto. Há uma motivação na ideia de estar “cuidando”, “fazendo o bem”, mas discute-se para quem esse “bem” serve, já que em grande maioria das vezes, as mulheres tentam manter dialogo com a equipe e em especial com o médico, mas não é ouvida.

Algo bem comum são algumas verbalizações com caráter imperativo, que acaba causando medo na mãe. O puerpério é um período bem vulnerável emocionalmente, e não poder ter controle sobre seu corpo, amamentar seu filho ou ter que se submeter á dores e á uma manipulação que acaba não sendo humana se soma á idealização de que as mães sofrem e aguentam tudo por seus filhos. Vindo com a minha experiência de atendimento, as mulheres que são múltíparas; ou seja, já tiveram mais de um filho, tem uma compreensão corporal bem profunda e tenta comunicar seus limites para o médico, por exemplo dizendo que prefere um parto Cesário por ter anestesia e ela se sentir mais confortável, mas a equipe tenta um parto normal na tentativa de diminuir as estatísticas de cesárias “desnecessárias”.

Após a tentativa eles tiveram que ir para a Cesária e a mãe acabou tendo algumas dificuldades no relacionamento com a equipe por eles não terem “confiado” nela. O vínculo já fica um pouco fragilizado, o que pode também acarretar uma dificuldade na “adesão” ao tratamento que ela ou o RN necessitam para a alta... ou o que a equipe mais teme, uma alta a pedido. É importante estarmos sensíveis a essas nuances durante o trabalho no campo por interferir diretamente tanto no sofrimento, quanto na assistência que propomos.

Com relação ao pai do bebê, é sempre importante termos cuidado sobre a forma que nos expressamos procurando alguém que seja suporte emocional para essa mãe e seu bebê, não necessariamente o pai. Pode ser complicado perguntar sobre como o pai do bebê dá assistência a ele e a mãe, caso não esteja presente. Não se sabe como ele recebeu a noticia da gravidez, se recebeu, como está o relacionamento dela com ele, se existir. Se o pai estiver dando apoio e cuidando dela, é importante termos um olhar sensível para como ele está atravessando esse período de adaptação.

Como bem apontam Arrais, Cabral e Martins (2012), o homem também fica “grávido”, podendo necessitar de um espaço para expressar medos, inseguranças e anseios. Já que em sua maioria, por conta da construção de nossa sociedade ocidental patriarcal e machista, o homem pode recorrer á outros mecanismos para lidar com tais sentimentos. Elas apontam ainda, que há uma dificuldade das equipes em aceitar a presença do pai por acharem que ele iria “atrapalhar”.

Minha experiência é bem positiva, a grande maioria dos pais é bem participativo, infelizmente atendi poucos deles, que eram acompanhantes das mães, pude perceber que mesmo apenas visitando, tentavam se manter ouvindo suas companheiras, tentando auxiliá-las. Algo que sempre questionava eram as questões feitas anteriores, com uma tentativa de aproximação cautelosa, perguntando “você tem contato com o pai do seu filho ou filha?”. A partir daí a grande maioria delas se sentia mais à vontade para falar como eles se organizavam ou se organizariam enquanto família e se percebia-o como fonte de apoio. Algo interessante de se destacar era que algumas ainda falavam que os pais eram muito mais apegados aos bebês do que elas.

Complementando a experiência do Alojamento conjunto com o Ambulatório, nas consultas pré-natais psicológicas realizadas, alguns pais acompanhavam as companheiras e também se preparavam para o nascimento de seu filho ou filha. Atendíamos a mãe com um protagonismo, mas também era aberto um espaço para eles, se sentissem necessidade. Falavam sobre como estava sendo difícil se adaptar, já que a maioria deles eram jovens de 17 a 19 anos, com seu primeiro emprego, construindo uma casa para cuidar da sua família. Há aqui, uma identificação de uma boa parte deles com o papel de “provedor” e protetor da família, algo que relatam ter sido passado de geração em geração.

Se apresentavam bem participativos do planejamento futuro, mas no último trimestre da gestação ficavam se sentindo pressionado pela alta ansiedade que era experimentada pelas suas companheiras. Perto do parto é avaliado quem a gestante escolhera como acompanhante, e na maioria das vezes os pais não eram escolhidos pois elas imaginavam que eles ficariam nervosos ou mais preocupados que elas.

Como apontam Motta e Crepaldi (2005), Os homens também vivenciam esse período com uma intensidade emocional interessante e se assistirem o parto, podem acabar se sentindo imponentes com relação aos cuidados e a “impossibilidade” de ajudar. Apesar dos dados apresentados pelas autoras, é importante citar que eles também podem ser fonte de apoio emocional durante o parto, se houver preparação para tal processo, além de se apresentar como momento de transição e possibilidade de crescimento emocional, como aponta Maldonado (1996).

As mudanças “passadas e futuras”, citadas anteriormente fazem referência a compreensão que a mãe tem sobre todo seu processo de gestação, as mudanças ocorridas, como ela entende-as e se ela vê o futuro com essa novidade que é ter filho: se almeja trabalhar, ficar mais em casa, seu planejamento a médio ou longo prazo. Isso nos diz um pouco sobre como é a vinculação entre a mãe e bebê, como após esse longo período ela se reposiciona diante do não desejar ser mãe por exemplo.

É importante citar também algumas “intercorrências” que acabam ocorrendo no *lócus* do hospital, mas que também se tornam parte da história daquela mulher e daquele bebê. Sarmiento e Setúbal (2003, p. 7-8), falam sobre a Perda Fetal, Condições patológicas maternas (diabetes, hipertensão, HIV, insuficiência cardíaca congestiva, cardiopatia...) e a prematuridade e internação do RN. Tais condições podem movimentar certas fantasias ou ideias que a mulher possa ter relacionado a fracasso para com o bebê, sentimentos de incapacidade na gestação ou na amamentação.

Inclusive, relacionado á mães soropositivas ou que diagnosticaram positivo para alguma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), existe a recomendação de que elas não amamentem. Para mães múltiparas, descobrir o diagnóstico de soropositividade e não poder amamentar se torna um processo sofrido e que marca com profundidade o que ela conhecia como ser mãe.

Como aponta a pesquisa de Santos e Trindade (2014), há vergonha das mulheres relacionado á falar sobre o diagnóstico, além das alterações na vivência de maternar a qual a mulher já conhecia. Um outro fator importante de se trazer é o juízo de valor que é expressado quando alguém é “exposto”, ou seja o diagnóstico sai do âmbito privado. Principalmente falando sobre IST's, a grande maioria das mulheres tinham vergonha do seu diagnóstico, tentando tudo que podiam para outras pessoas não saberem, inclusive a equipe médica.

Nos atendimentos pude atender mulheres com diagnóstico de HIV e Sífilis, o qual acabava sendo transmitido verticalmente para o RN em alguns casos. Durante o nascimento o contato com o sangue transmitia o vírus. A fragilidade emocional do puerpério se somava ao medo de falar o diagnóstico e sobre ele, pois essa é uma questão que deixa a maioria das mães insegura. Alguns dos pensamentos

compartilhados refletiam a insegurança delas sobre como amamentar que não seja dando o seio, cuidados com o RN e tratamento da doença (que muitas das vezes eram já realizadas no leito).

O tratamento com os bebês era feito na maioria das vezes imediatamente após o diagnóstico e a mãe acabava não sendo informada ou não compreendendo como iria ocorrer esse processo. O sofrimento se fazia presente novamente nesses momentos, pois tornava fértil o solo para desenvolvimento de fantasias sobre o cuidado com o seu bebê.

Algumas das mulheres descobriam o diagnóstico na gestação e tentavam tratar escondido de seus familiares, por medo de julgamento. Em alguns atendimentos ao falarem sobre amamentação e o diagnóstico choravam e podiam estrar em contato com esse tema tão tabu. Algumas citavam que amamentar havia sido o momento de maior alegria do pós-parto, pois sentiam o vínculo com seu bebê se fortalecendo, falavam que esses momentos davam sentido a maternidade. Meu trabalho era desmistificar a amamentação como única fonte de construção de vínculo, chamando atenção para outras formas de amamentar, a importância do colo para o desenvolvimento psíquico e dentre outros.

Apesar da limitação temporal, essas pacientes eram encaminhadas para atendimento ambulatorial caso quisessem, além de serem adicionadas às rondas de atendimento diário, para sabermos como elas estavam e para que houvesse alguma fonte de apoio emocional.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante meus períodos de estagiaria, pude vivenciar a diversidade de experiências que dão o tom da experiência de maternidade. Ouvir cada história se tornou um desafio e tanto, principalmente dando suporte emocional em um ambiente tão variado e inconstante. Tive alguns contratempos na caminhada, mas aos poucos pude me adaptar e adquirir comportamentos para lidar melhor com “imprevistos”, ou seja, situações que normalmente não ocorrem em um atendimento psicoterápico tradicional, como interrupções e outros estímulos do ambiente (comum na prática no hospital).

Um dos maiores aprendizados que pude levar dessa vivência para a vida afóra é compreensão da autonomia. Auxiliar as mães a ter autonomia sobre seu corpo, seu processo e suas vidas também fora algo que afetou a forma que me apresento enquanto profissional, sendo uma mulher trans e vendo a felicidade que radiava dos rostos das mulheres. A importância da autonomia, e principalmente da minha autonomia, foi o maior tesouro que pude adquirir de aprendizado. Reviver, reler os diários de campos, os feedbacks e perceber o quanto evolui e aprendi com essa pesquisa, o estágio e com cada uma das minhas professoras é muito valioso.

Pude olhar para os atendimentos de outra forma construindo tal trabalho, além de trazer literatura que normalmente não se conversa ou discute na academia. Além disso é importante pensar no diálogo entre saberes e práticas. Lendo os artigos e produções aprendo ainda mais sobre a psicologia e espero que quem leia minha produção também possa ser contemplado na compreensão do quão difícil é a adaptação da maternidade para uma mulher.

A partir de todo o exposto, é importante frisar nosso papel enquanto agente humanizador na experiência de gestar e parir das mulheres e pessoas que engravidam. Ouvi-las, dar lugar a uma subjetividade negada, mas que transforma o jeito de se viver e atravessar dificuldades. Que possamos para além de escuta-las e acolher suas demandas, também dialogarmos com equipes de saúde e chamar a atenção para o cuidado com a saúde mental materna, paterna e infantil. Além disso, chamo a atenção para que possamos dialogar, publicar e construir conhecimento sobre a temática, com a finalidade de capacitação profissional e construção de uma relação dialética entre saberes e psicólogas. É importante trocar conhecimento!

## 6 REFERENCIAS

ANGERAMI, Valdemar Augusto *et al.* **Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática**. 2 ed. revista e ampliada. São Paulo: CENGAGE, 2017.

ALVARENGA, Sarah P.; KALIL, José, H. **Violência Obstétrica: como o mito “parirás com dor” afeta a mulher brasileira**. Revista da universidade Vale do Rio Verde, Três corações. Minas Gerais, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v14i2.2755>> Acesso em: 02/12/2020

ARRAIS, Alessandra R.; CABRAL, Daniela S. R.; MARTINS, Maria H. F. **Grupo de Pré-Natal Psicológico: Avaliação de programa de intervenção junto a gestantes**. Encontro: Revista de Psicologia, Vol. 15 n. 22, 2012.

BITTAR, Paula. CAMARA DOS DEPUTADOS. **Câmara aprova avaliação psicológica em gestantes e mães de recém-nascidos**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/539702-camara-aprova-avaliacao-psicologica-em-gestantes-e-maes-de-recem-nascidos/> . Acesso em: 05/04/2020

FERREIRA-SANTOS, Eduardo. **Psicoterapia Breve: abordagem sistematizada de situações de crise**. 5 ed. revista e ampliada. São Paulo: Ágora, 2013.

GUGGENHEIM, Ester, S.; GUIMARÃES, Laudy G. P.; PINHEIRO, Aline M. **A escuta psicanalítica no núcleo perinatal: o processo de ser mãe como uma construção**. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, vol. 22 no. spe, Rio de Janeiro, 2019.

HOLLIDAY, Oscar J. **Para Sistematizar Experiências**. Ministério do Meio Ambiente. 2 ed. Brasília: MMA, 2006.

IACONELLI, V. **O que é psicologia perinatal: definição de um campo de estudo e atuação**. Área de Estudos do Instituto Brasileiro de Psicologia Perinatal, 2012. disponível em: <<http://www.institutogerar.com.br/>> Acesso em: 05 abr. 2020

LANGARO, F.; SANTOS, H. A. **Adesão ao Tratamento em Gestação de Alto Risco**. Psicologia: Ciência e Profissão. Santa Catarina, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v34n3/1982-3703-pcp-34-03-0625.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2020

LEONEL, Filipe. FIOCRUZ. **Depressão pós-parto acomete mais de 25% das mães no Brasil**. Disponível em : <<https://portal.fiocruz.br/noticia/depressao-pos-parto-acomete-mais-de-25-das-maes-no-brasil>> . Acesso em: 05 abr. 2020

LEMGRUBER, Vera B. **Psicoterapia Breve: A Técnica Focal**. 3 ed. revista Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

MALDONADO, Maria T. **Psicologia da Gravidez**. 16 ed. Rio de Janeiro: Saraiva, 1996.

MORETTO, Maria L. T. **O que pode um analista no Hospital?** .São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MOTTA, Cibele C. L. CREPALDI, Maria C. **O Pai no parto e apoio emocional: A perspectiva da Parturiente**. Paídeia, 15(30), 105-118, 2005

SAMPAIO, Patrícia P.; HOLANDA, Teresa Cristina M. **Temas em Psicologia II: Psicoterapia Breve-focal – Teoria, técnica e casos clínicos**. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2012.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de Psicologia Hospitalar: O mapa da doença**. 8 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016.

SANTOS, Milena M.; TRINDADE, lassodara, C. S. **Vergonha de Ser, Vergonha de Ter: Relatos de Puérperas soropositivas para o HIV**. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, vol. 17 no.2, Rio de Janeiro, 2014.

SONCINI, NÁTALIA C. V. *et a.* **Aspectos Psicossociais em mulheres brasileiras com Gestação de alto e baixo risco**. Psicologia, saúde & doenças. São Paulo, 20(1), 122-136, 2019.

SARMENTO, Regina.; SETÚBAL, Maria S. V. **Abordagem Psicológica em Obstetrícia: Aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério**. Revista Ciências Médicas, Campinas 12(3):261-268, 2003.

ROMANO, Bellkiss W. **Princípios Para a Prática da Psicologia Clínica em Hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.