



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

DÉBORA NADJAY VERAS BORGES

**A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO E A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO: RELATO DE
EXPERIÊNCIA**

**CAMPINA GRANDE
2022**

DÉBORA NADJAY VERAS BORGES

**A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO E A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO: RELATO DE
EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso (artigo)
apresentado ao Departamento do Curso de
Psicologia da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito parcial à obtenção do
título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Sibelle Maria Martins de Barros

**CAMPINA GRANDE
2022**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

B732g Borges, Debora Nadjay Veras.
A gestação de alto risco e a atuação do psicólogo
[manuscrito] : relato de experiência / Debora Nadjay Veras
Borges. - 2022.
26 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Psicologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de
Ciências Biológicas e da Saúde , 2022.

"Orientação : Profa. Dra. Sibelle Maria Martins de Barros ,
Coordenação do Curso de Psicologia - CCBS."

1. Risco clínico. 2. Gestação de alto-risco. 3. Psicoterapia
breve de apoio. I. Título

21. ed. CDD 155.646 3

DÉBORA NADJAY VERAS BORGES

A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO E A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Curso (artigo) apresentado ao Departamento do Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de psicóloga em bacharel em psicologia.

Aprovada em: 30/11/2022.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Sibelle Maria Martins de Barros (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Professor Wilmar Roberto Gaião
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Kathleen Elane Leal Vasconcelos
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Só aquilo que somos realmente tem o
poder de nos curar.
(Carl Gustav Jung)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. METODOLOGIA	10
3. RESULTADOS E DISCUSSÕES	11
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19

A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO E A ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Débora Nadjay Veras Borges¹

Sibelle Maria Martins de Barros²

RESUMO

Existem fatores que podem interferir na evolução de uma gravidez, ocasionando intercorrências que ameaçam a vida da mãe e do bebê, caracterizando uma gestação como de alto risco. Devido aos riscos clínicos e as inúmeras transformações biopsicossociais, permeadas pelo processo de internação, o gestar pode se tornar um período ansiogênico, urgindo a necessidade de suporte psicológico e cuidados atentos. Tendo em vista a importância das intervenções psicológicas no contexto da gestação de alto-risco, onde se descortina a necessidade de um espaço de acolhimento e humanização, esse artigo tem como objetivo relatar uma experiência de estágio em Psicologia no setor de alto-risco de uma maternidade pública do interior da Paraíba. Ao longo dos oito meses de estágio, as principais demandas postuladas estavam relacionadas à ansiedade, depressão, problemas conjugais, a falta de apoio do cônjuge/progenitor, bem como ao próprio processo de internação, que as afastava da dinâmica familiar e as lançava frente ao isolamento. Diante dessa necessidade, foram realizados, semanalmente, atendimentos individuais nos leitos do setor, a partir da proposta da Psicoterapia Breve de Apoio e da utilização de técnicas de mediação de comunicação entre os profissionais do hospital, as mulheres e suas famílias; psicoeducação e garantia de direitos. Para fins de relato e discussão foram selecionados três casos de gestantes em processo de internação de risco. Espera-se que as ações descritas no presente trabalho possam fortalecer a discussão sobre as possibilidades de atuação da Psicologia no ciclo gravídico-puerperal de risco, na assistência de alta complexidade do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: gestação; hospitalar; alto-risco.

ABSTRACT

There are factors that can interfere with the evolution of a pregnancy, causing intercurrents that threaten the life of the mother and the baby, characterizing a high-risk pregnancy. Due to clinical risks and the numerous biopsychosocial transformations permeated by the hospitalization process, pregnancy can become an anxiogenic period, urging the need for psychological support and attentive care. Bearing in mind the importance of psychological interventions in the context of high-risk pregnancies, where the need for a welcoming and humanizing space is revealed, this article aims to report an internship experience in Psychology in the high-risk sector of a public maternity hospital in the interior of Paraíba. Over the eight months of the internship, the main postulated demands were related to anxiety, depression, marital problems, lack of support from the spouse/parent, as well as the hospitalization process itself, which distanced them from the family dynamics and threw them before the isolation. Faced with this need, weekly individual consultations were carried out in the sector's beds, based on the Brief Support Psychotherapy proposal and the use of communication mediation techniques between hospital professionals, women and their families; psychoeducation and guarantee of rights. For purposes of reporting and discussion, three cases of pregnant women in the process of high-risk hospitalization were selected. It is expected that the actions described in the

¹Graduanda em Psicologia pela UEPB. debora.borges.@aluno.uepb.edu.br. nadjaydebora@gmail.com

²Psicóloga, Professora Associada do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da UEPB. sibelle@servidor.uepb.edu.br

present work can strengthen the discussion about the possibilities of Psychology in the pregnancy-puerperal risk cycle, in the highly complex assistance of the Unified Health System.

Keywords: gestation; hospital; high risk.

1. INTRODUÇÃO

A gestação caracteriza-se por ser um período de inúmeras mudanças biopsicossociais para a mulher, no qual há mudanças no corpo, no bem-estar, no psiquismo e no papel sócio familiar (KLEIN e GUEDES; 2008). O início e o desenvolvimento da gestação são denotados como fenômenos complexos, pelas mudanças biopsicossociais envolvidas, contudo, não são caracterizados como um estado patológico, apesar de poder se caracterizar como um episódio de crise no ciclo evolutivo da mulher (COSTA et al., 2010).

Nesse sentido, como discute Maldonado (2017), a gestação se caracteriza como um “processo normal” do desenvolvimento. Ainda de acordo com a autora, a cada período da gestação, há uma nova mudança a ser notada, implicando na necessidade de reestruturação e readaptação em diferentes aspectos da vida da mulher, podendo ocasionar a oscilação de sentimentos diversos. O primeiro trimestre refere-se ao próprio gestar, podendo trazer sentimentos ambivalentes (querer ou não a gestação), como também, a preocupação em assumir o papel materno; o medo do aborto; mudanças no humor devido ao aumento dos níveis hormonais; mudanças corporais e algumas indisposições como enjoos, desejo e negação por alguns alimentos. O segundo trimestre pode trazer a preocupação com a questão do crescimento do feto e envolve uma certa introspecção, alteração do desejo sexual e modificação acentuada dos contornos corporais.

Por fim, no terceiro trimestre, pela questão da proximidade do parto, surgem medos e anseios relacionados à dor e à morte, como também maiores desconfortos físicos, podendo haver preocupação em assumir e aceitar o papel social materno. (NASCIMENTO e SURITA 2013). Diante dessas mudanças, Campos (2012) ressalta que a mulher pode ficar, nessas fases, “à mercê” das alterações do humor, sem que estas modificações sejam totalmente compreensíveis.

Existem alguns fatores que podem interferir na evolução da gravidez, ocasionando intercorrências que ameaçam a vida da mãe e do bebê, caracterizando uma gestação de alto risco (BRASIL, 2012). Segundo Baptista e Furquim (2010), a gravidez pode ser considerada de risco quando o feto ou a gestante estão em perigo em função de alguma doença orgânica, significando assim, o risco de um desenvolvimento inadequado para o conceito e/ou a mãe, afetando, de forma negativa, o resultado da gravidez. Desse modo, o termo “risco” é utilizado para significar a probabilidade da ocorrência de um evento indesejado associado a aspectos biopsicossociais. O risco gestacional se refere, então, ao fato de se ter uma com a presença de sinais e sintomas diferentes dos esperados (BAPTISTA e FURQUIM, 2010)

O Ministério da Saúde (2012) postula que existem alguns marcadores significativos que podem ser determinantes para a descoberta de uma gravidez de alto risco, através do pré-natal como: as características individuais; condições sociodemográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior e condições clínicas preexistentes; exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos; doença obstétrica na gravidez atual e intercorrências clínicas. Nesse sentido, como frisado por Assis et al. (2008), existem diversos fatores de risco gestacional, como a diabetes, doença renal, obesidade, gravidez múltipla, primiparidade, idade superior a 30 anos, antecedentes pessoais ou familiares de pré-eclâmpsia e/ou hipertensão arterial crônica.

De acordo com o Ministério da Saúde (2012), na gestação de alto risco, frente ao risco iminente à vida da mãe e do bebê, urge a necessidade de cuidados singulares que, por vezes, alia-se ao processo de hospitalização e internação constante. Desse modo, para além das condições que envolvem uma gravidez de risco, emergem ainda algumas características especiais quanto aos fenômenos psicológicos da gravidez, como também, pelo rótulo de “diferente” das demais gestações “normais”, que é imposto a própria gravidez “de alto risco”, o que pode exacerbar essa condição de sentimentos negativos (DAVID et al., 2008)

A hospitalização é um acontecimento frequente e necessário em gestações de alto risco, situação que pode potencializar o estresse, pois a gestante vivencia a desordem entre a

dependência imposta e a perda da autonomia (BRASIL, 2012). Além disso, ela pode gerar desorganização na dinâmica familiar e fazer com que sentimentos como angústia, medo, preocupação e insegurança se exacerbem, acarretando um desencontro maior entre o que era esperado e o que está acontecendo (MARCHETTI e MOREIRA, 2015).

Após ser identificada a gravidez de alto risco, a gestante pode apresentar dificuldades de adaptação, pois o fator de risco faz surgir o medo em relação a sua saúde e a de seu filho, aumentando o temor da hora do parto (QUEVEDO, 2010). No processo de adaptação psicológica, às mulheres com gravidez de alto risco tendem a apresentar sentimentos de impotência, desespero e baixa autoestima (SILVA et al. 2016). A ansiedade, fenômeno comum e esperado na gestação, quando aliada às situações de estresse, pode afetar a forma como a mulher se sente em relação a si própria e ao próprio filho, liberando hormônios que exacerbam o estresse (KLAUS et al. 2000). Outrossim, são muitos os fatores que agravam a saúde mental na gravidez e no pós-parto, especialmente ansiedade e depressão, percebidas nas práticas assistenciais. (MORAIS et al, 2017; ARRAIS et al, 2014)

Não obstante, uma gestação que está transcorrendo bem pode tornar-se de risco a qualquer momento, durante a evolução da gravidez ou durante o trabalho de parto. Nesse caso, a gestação pode ser reclassificada quanto ao risco a cada consulta de pré-natal e durante o trabalho de parto. Cabe ressaltar que não só as complicações e distúrbios físicos são considerados risco para gestação, mas também as manifestações psicológicas. (BRASIL, 2013)

As peculiaridades sociais e psicológicas de uma gravidez de alto risco também podem ser componentes importantes no desenvolvimento de transtornos mentais. O sofrimento psíquico pode estar presente durante a gravidez de alto risco, com manifestação atenuada ou exacerbada, de acordo com os momentos de crise, do contexto e do tipo de risco que ocorre naquela gestação (RODRIGUES et al., 2017). Gomez López et al. (2016) apontam que o sofrimento psicológico no alto risco é um continuum, se apresentando em maior ou menor grau, partindo do encadeamento de circunstâncias que podem se desenvolver na gravidez. A partir do momento em que a gestante passa a ter mais complicações obstétricas e perdas gestacionais, acaba por demonstrar maiores manifestações emocionais na atual experiência de gestação.

O período gestacional e do puerpério que transcorrem sem intercorrências já se configuram como a fase de maior ocorrência de transtornos psíquicos na mulher, e já demanda especial cuidado para o bem-estar da mãe e do bebê (CAMACHO et al., 2006). Um estudo realizado no Brasil por Silva et al. (2008), aponta que 37,7% das gestantes apresentaram algum tipo de desconforto emocional. Contudo, em uma pesquisa realizada por Santos (2005), elucidou-se que, devido aos riscos eminentes, há maior prevalência de quadros depressivos em gestantes de alto risco, devido a vivências anteriores, às privações que o quadro exige, à ameaça real de morte e à culpa. Além dos sintomas depressivos, a sintomatologia ansiosa aparece frequentemente em todo ciclo gestacional e puerperal, seja em gestação de alto ou de baixo risco (CONDE e FIGUEIREDO, 2003). Não obstante, em um estudo recente, Barros (2020), constatou que as gestantes de alto risco apresentaram ansiedade Traço (59,5%) e Estado (53,4%) moderadas, além de maior risco para depressão (62,8%).

Diante dos riscos e dados acima explicitados que envolvem a gravidez de risco, faz-se necessário a presença de uma rede social suportiva, bem como ações da Psicologia, no sentido de prevenir agravos e promover saúde. Como trazido por Zanatta e Pereira (2015), às fragilidades das gestantes podem ser amenizadas com cuidado e apoio de pessoas próximas, como profissionais da saúde, familiares e amigos. Para além do suporte e do apoio emocional oferecidos à mãe pelos familiares, os cuidados dos profissionais para com a saúde dela e do bebê são imprescindíveis, podendo influenciar na forma como ela realiza e se comporta quanto maternidade (PICCININI et al, 2012)

Nesse sentido, a presença de uma rede social significativa é um importante recurso de enfrentamento em períodos de transição e de mudança, em que são exigidas adaptações frente

a situações desafiadoras e desconhecidas na gestação (LI et al., 2017; MLOTSHWA, et al., 2017).

Nesse sentido, propõe a rede pessoal social que diz respeito à soma de todas as pessoas que o indivíduo percebe ou sente como significativas ou diferentes do universo relacional no qual está inserido. Uma rede social que seja formada por membros importantes do convívio social, como familiares, amigos, membros da comunidade, como vizinhos, pessoas do credo religioso, serviços de saúde e assistenciais, como também, do trabalho e estudo, podem propiciar uma rede social significativa, que potencializa os recursos pessoais do indivíduo. Essa rede contribui para o reconhecimento de competência, autoestima, identidade, pertencimento e adaptação frente a eventos estressores. (SLUZKI, 1997).

Estudos ratificam que as reações negativas com relação a gravidez de alto risco podem ser superadas quando a mulher que vivencia encontra formas positivas de enfrentar e lidar com a doença e com a dificuldade impostas durante o período gravídico. Sendo assim, se mostra essencial o amparo e humanização de um profissional de psicologia no acompanhamento nesse período, diante das dificuldades postuladas e vivenciadas pela gestante de alto risco, principalmente em casos de hospitalização. (BARROS, 2009; COSTA, 2010).

Denota-se, dessa forma, que nesse âmbito, cabe ao profissional de saúde ter conhecimento e sensibilidade para identificar e entender o processo emocional que permite o acompanhamento da gestação de alto risco, e assim, orientar as gestantes acerca das mudanças inevitáveis que se desenvolveram durante esse período, a fim de que ele seja encarado da forma mais segura possível atenuando seus medos e ansiedade (BRASIL, 2010).

Sarmento e Setúbal (2012), trazem que com o desenvolvimento desses fatos, é de extrema necessidade que os profissionais que acompanham a gestante estejam atentos para as características comuns que aparecem nestas fases, a fim de criar condições para uma escuta de qualidade, proporcionando acolhimento da diversidade de sentimentos que podem acontecer. O profissional da Psicologia encarrega-se, assim, pelo processo de humanizar o ambiente hospitalar, atuando no atendimento psicoterapêutico, promovendo grupos psicoterapêuticos; grupos de psicoprofilaxia; atendimentos em ambulatório e unidade de terapia intensiva; pronto atendimento; enfermarias em geral; psicomotricidade no contexto hospitalar; avaliação diagnóstica; psicodiagnóstico; consultoria e interconsulta (CASTRO e BURNHOLDT, 2004).

No ambiente hospitalar, urge a necessidade de um atendimento focal, pela condição, muitas vezes, emergencial. Sendo a gravidez de alto-risco, bem como a internação, situações que podem ser compreendidas como momentos de crise e emergência, a psicoterapia breve se apresenta como ferramenta de atendimento focal e emergencial. Essa psicoterapia possui tempo e objetivos limitados, visando a superação dos sintomas e conflitos postulados no momento, como trazido por Lemgruber (1984).

Assim, em situações em que a paciente está hospitalizada e, na maioria das vezes, não tem um psicoterapeuta que a acompanhe, o psicólogo que atendê-la no ato da internação deverá manter o foco nos aspectos que são emergenciais trazidos pela paciente no momento, pois poderá vê-la algumas vezes ou uma única vez. (BORTOLETTI et al., 2007). No atendimento de emergência procura-se atuar na crise que gera uma angústia específica incapacitante, sem a pretensão de alterar estruturas psíquicas básicas. O acolhimento pode elevar a eficiência operacional do paciente por meio de uma readaptação à situação emergencial, possibilitando assim a melhora dos mecanismos de enfrentamento. Quanto mais rápida a intervenção, maiores são as possibilidades de recuperação psíquica da pessoa assistida. (CFP, 2019)

A partir do modelo fomentado por Fiorini (2004), pautados na psicologia breve de apoio, a escuta visa oferecer apoio contínuo à gestante, como principal objetivo de auxiliar no enfrentamento e resolução de suas dificuldades/conflitos existentes no ciclo gravídico-puerperal, assim como na atenuação dos riscos psicossociais. Destarte, no contexto do alto risco, o foco das intervenções durante os atendimentos envolve, principalmente, as

intercorrências que ocorrem no período gestacional, as alterações acarretadas e os sentimentos que emergem ante essas situações (CALDAS et al., 2013).

Em vez de ir em busca da origem remota do conflito que faz mal ao indivíduo, a psicoterapia breve sublinha a importância do que acontece no "aqui e agora", elegendo e focalizando um determinado ponto bloqueador da capacidade do indivíduo de continuar no desempenho de suas funções existenciais (GOUVÊA, 2000). Outrossim, torna-se evidente que 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. (CALDAS et al., 2013)

Tendo em vista a importância das intervenções psicológicas no contexto da gestação de alto-risco, esse artigo tem como objetivo relatar uma experiência de estágio em Psicologia no setor de alto-risco de uma maternidade pública do interior da Paraíba. Espera-se que as ações descritas possam fortalecer a discussão sobre as possibilidades de atuação da Psicologia no ciclo gravídico-puerperal, na assistência de alta complexidade do Sistema Único de Saúde.

2. METODOLOGIA

O presente artigo baseou-se na vivência de estágio realizada em uma maternidade de Campina Grande, no estado da Paraíba, referente ao ambiente componente curricular Estágio das Ênfases II, oferecido no último período do curso de Bacharelado em Psicologia, da Universidade Estadual da Paraíba. Embora várias ações tenham sido realizadas, este relato buscou focalizar nas intervenções realizadas no setor de alto-risco, onde se encontram internadas as gestantes com diferentes condições clínicas e/ou comorbidades que oferecem algum tipo de risco a gestação, principalmente: diabetes, doença renal, obesidade, gravidez múltipla, primiparidade e que possuam antecedentes pessoais ou familiares de pré-eclâmpsia e/ou hipertensão arterial crônica.

O estágio era supervisionado por uma docente da referida universidade e por preceptores no campo de estágio, profissionais de Psicologia concursados ou contratados. O contato com as gestantes acontecia por meio de rondas pelas enfermarias de alto risco do hospital, no sentido de identificar possíveis demandas psicológicas, bem como por demanda da equipe do setor de alto risco, que fazia a convocação da equipe de Psicologia quando observavam comportamentos ansiosos, choro, inquietação e/ou pela própria solicitação das pacientes.

Foram realizadas intervenções individuais, baseadas na Psicoterapia Breve Focal e as técnicas mais utilizadas foram a de redução de ansiedade, acolhimento e aconselhamento, outrossim também foram realizados trabalhos de psicoeducação, reassuramento de direitos e esclarecimento de dúvidas. O objetivo do serviço prestado foi oferecer um espaço de acolhimento às gestantes em situação de risco, para que elas tivessem a oportunidade de enfrentar e ressignificar o momento de internação, que muitas vezes se torna longo e recorrente, em consonância com a história particular que estava transcorrendo em suas vidas.

Para realização dos atendimentos, também foram consultados prontuários e a equipe multidisciplinar, para elucidação diagnóstica. A mediação entre os familiares, equipe multidisciplinar e os pacientes também era frequentemente realizada, uma vez que faz parte do papel do psicólogo no contexto hospitalar. Outrossim, eram realizadas duas supervisões semanais com a orientadora Sibelle Maria Martins de Barros, durante 4 horas, que incluíam a discussão de textos e de casos, visando o aprimoramento do serviço prestado. Como também, houve o aprimoramento da temática acerca do alto risco gestacional, como também sobre os procedimentos para o atendimento dessas mulheres, tanto de forma individual quanto grupal, aprimorando os conhecimentos sobre o acolhimento também em grupo.

Por fim, também eram feitos registros após as 8 horas do estágio em campo, em um caderno destinado aos estagiários do hospital. Nele, eram relatados os casos que necessitavam

de continuidade, sendo uma forma de prestar uma assistência mais qualificada a essas mulheres. Também eram feitos registros para as supervisões de estágios, através de registro de caso e embasamentos teóricos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para a discussão da prática profissional, foram elencados três casos a serem relatados e destrinchados a seguir. Os relatos foram estruturados de forma cronológica de atendimento, de forma a descrever as demandas trazidas pelas pacientes internadas na ala de alto risco, bem como o relato da atuação realizada em cada caso. Para os relatos, foram utilizados nomes fictícios, de forma a preservar a identidade dos indivíduos e suas histórias.

Caso 1: Desamparo e solidão

A paciente “A” tinha 21 anos e estava em sua segunda gestação, com 13 semanas. Havia sido internada há quatro dias, com diagnóstico de infecção nos rins. Primeiramente, em uma tentativa de sondar o estado emocional da paciente e identificar a demanda, buscou-se saber como ela estava se sentindo. A paciente relatou que estava se sentindo muito sozinha e com desejo de ir para casa, expondo estar com muitas saudades do pai e da filha de 4 anos, com os quais ela reside e, durante essa fala, se emocionou. Por estar internada na enfermaria de alto risco, estava impossibilitada de estar acompanhada, aumentando, segundo ela, o sentimento de solidão e saudade. No intuito de identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas, foi questionado como ela estava enfrentando o sentimento de solidão e a saudade do pai e de sua filha.

Diante disso, ela relatou que estava utilizando meios de comunicação de vídeos, via *Whatsapp*, para se comunicar e tentar aplacar esses sentimentos, contudo, não conseguia falar pelo tempo que desejava, pois a vontade de chorar sempre vinha e, como dito por ela: *“eu não quero preocupar eles chorando na frente deles, meu pai vai ficar apertado em casa”*. A mesma só estava mantendo contato com eles virtualmente e recebendo visitas apenas da mãe. Diante do exposto pela paciente foi questionado o porquê dela não estar recebendo visitas de seu pai e filha, “A” relatou não poder receber visita do pai, pelo fato dele trabalhar no horário em que a visita na enfermaria de alto risco acontece.

Além disso, ela também não queria o ver por não desejar que ele a visse nesse momento de internação, pois, como afirmou: *“se ele vim me ver, eu vou chorar mais ainda e ele vai ficar mais preocupado, sabe? Aí eu prefiro que ele não venha não”*. Quanto à filha, a paciente trouxe a impossibilidade de ver a criança por uma restrição da equipe de enfermagem, por estar restrita ao leito com febre e dores. Contudo, ela relatou que já estava mais estável, sem dores e febre e que possuía o desejo de que a filha fosse visitá-la, pois *“a saudade é grande, aperta”*, ressaltando que preferia estar em casa.

Tendo em vista a importância da rede social para as gestantes de alto-risco e no intuito de compreender melhor as dinâmicas relacionais, “A” foi indagada sobre sua rede de apoio, incluindo o genitor do bebê e sua família ampliada. Ela relatou que recebia apoio financeiro de seu ex-parceiro e pai de seu filho, mas que não queria nenhum contato *“nem voltar com ele, porque ele fez mal. No começo não aceitava que eu estava grávida e me fez mal”*. Quanto ao apoio familiar, ela ressaltou que recebia mais de seu pai e sua mãe. De acordo com ela, o apoio do pai e da mãe era o que importava, trazendo, novamente em sua fala, o sentimento de saudades do pai.

Mediante o relato da paciente, escolheu-se como foco do atendimento o sentimento de solidão e a saudade do pai e da filha. De acordo com A, o sentimento de solidão e saudade eram minimizados, de alguma forma, com as visitas, contudo, não o bastante porque não podia ver sua filha. Buscou-se, portanto, refletir sobre a possibilidade de ver a filha, por meio de

solicitação ao serviço de assistência social, já que ela estava com um bom prognóstico de saúde, sem dor e sem febre. Contudo, buscou-se primeiro a confirmação da possibilidade com a equipe de enfermagem, para a devolutiva, no sentido de evitar levantar falsas esperanças. Dessa forma, foi realizado o trabalho de mediação da comunicação entre a enfermeira e a paciente e foi confirmada a possibilidade da visita à paciente.

Diante disso, foi realizado o acolhimento ante a demanda focal, ressaltando alguns aspectos positivos sobre o momento de internação e o apoio que ela estava recebendo, bem como algumas possibilidades que estavam postas para ela naquele momento de solidão e saudade. Para mais, foi realizada uma psicoeducação em relação a importância de aproveitar o momento que ela tinha de contato com o pai e a filha até onde ela conseguisse, mesmo que virtualmente, e a importância de respeitar os próprios limites, mas, também, ressaltando a importância do choro, do desabafo.

Pois, como dito por Worden (2013), o choro precisa ser encorajado pelo conselheiro, pois as lágrimas têm um valioso potencial de cura mediante o estresse. Por fim, o atendimento foi encaminhando-se para a finalização, sendo ressaltado que, apesar de ser um momento delicado, ela estava sendo cuidada por toda equipe de saúde, não só pela equipe de enfermagem e medicina, mas também pela psicologia, postulando que, se esses sentimentos continuassem ou viessem à tona em outro momento, a psicologia estava à disposição para escuta e acolhimento todos os dias.

Embora as alterações do ciclo gravídico sejam comuns a todas as mulheres, Bartoletti (2007), aponta que a maneira como cada gestante reage varia de acordo com a personalidade, circunstâncias em que ocorreu a gravidez, relação com o parceiro, repercussões que a nova situação desencadeou. Dessa forma, compreende-se que o desamparo e solidão frente à internação, trazido pela paciente "A" é decorrente do próprio processo de gestação, que segundo Cabral et al (2018), é associada a uma multiplicidade de sentimentos negativos como ansiedade, medo, culpa, insegurança, dificuldades de aceitação, o que provoca vulnerabilidade e instabilidade emocional.

Não obstante, o hospital pode se tornar um local de dor e sofrimento, pois afasta da sua vida, da sua casa, do seu trabalho, da sua família e aproxima-as da confirmação da sua condição de risco. As reações emocionais e os comportamentos dos seres humanos estão intrinsecamente ligadas à satisfação e a necessidade de pertencimento e, quando estas não estão contempladas, o indivíduo, ao não se sentir bem psicologicamente, poderá experimentar sentimentos de solidão, de alienação ou até de isolamento social (MELLOR et al., 2008). Afora, o processo de internação também se expressa como uma fase de angústia, solidão, sofrimento e saudade, uma vez que constitui uma nova condição, não prevista, que distancia as mulheres do seu cotidiano e que requer adaptações emocionais e estruturais. (FERREIRA et al., 2019). Caracterizando um fator de risco, uma vez que, o sentimento de solidão pode ter repercussões importantes na dinâmica e no funcionamento psicológico da grávida. (FERNANDES e NETO, 2009)

Diante disso, ressalta-se a necessidade de uma rede que ofereça apoio emocional, tendo em vista o afastamento decorrente da internação, bem como o rompimento da relação com o genitor da criança. Baptista et al (2006), afirmam que um adequado suporte social é de extrema importância para que as gestantes tenham consciência que elas possuem apoio, bem como para sentirem acolhidas no contexto que ela está inserida, seja o ambiente hospitalar ou a própria casa, sendo primordial para a saúde mental da mãe e do bem estar da criança que está para nascer.

A esse respeito, Marin *et al.* (2011) destacaram que a presença e o reconhecimento do pai de que o bebê também é fruto do seu desejo ajuda a mãe na responsabilização, tanto do sucesso quanto das dificuldades com a criança, o que contribui para minimizar os sentimentos negativos, bem como incapacidade e o desamparo que podem surgir com esse novo papel.

Percebe-se que, como esse desejo não foi aplicado pelo progenitor quanto a gravidez de "A", sua rede de apoio acaba por se fragilizar, exacerbando sentimentos de solidão e desamparo frente a criação de um bebê que não é desejado pelo pai.

Para uma gestante, as fragilidades podem ser amenizadas com cuidado e apoio de pessoas próximas, como profissionais da saúde, familiares e amigos (ZANATTA e PEREIRA, 2015). Ademais, o suporte social pode ser entendido como um conjunto de fatores socioambientais que atuam de forma protetora, habilitando os indivíduos a lidarem mais adequadamente com estressores ambientais. O suporte social pode ser entendido ainda como o apoio emocional ou prático fornecido pela família e/ou amigos, seja na forma de afeto, companhia, assistência e informação, ou seja, incluindo tudo o que promove ao indivíduo a sensação de ser amado, estimado, cuidado, valorizado e seguro. (LIMA, 1999)

Contudo, quando esse suporte falha ou não é suficiente, a adaptação da mulher ao seu novo papel social pode tornar-se ainda mais difícil (KONDRADT, 2007). Dessa forma, como a paciente "A" não estava recebendo visitas da sua rede de apoio nuclear, pelas impossibilidades supracitadas, o suporte social quanto a companhia, assistência e informação, se encontravam prejudicados, explicando a presença da sintomatologia de desamparo e solidão.

Outrossim, salienta-se que o oferecer suporte é papel da equipe de saúde também, não apenas de familiares e amigos. Saldanha (2013) ressalta que o psicólogo, enquanto membro da equipe de saúde da instituição hospitalar, atua como mediador do vínculo entre paciente e demais profissionais que executam os procedimentos técnicos. Contudo, é necessária a integração dos membros da equipe, através do diálogo e da troca de informações, em prol do bem-estar dos pacientes nesse ambiente hospitalar que pode se caracterizar como hostil. Diante disso posto, percebe-se que, se não houvesse um trabalho interdisciplinar, "A" não seria comunicada sobre a possibilidade de já poder receber visitas de sua filha.

Caso 2: Problemas conjugais na gestação

A paciente "B" tinha 21 anos e estava na terceira gestação, com 20 semanas, em processo de inibição de trabalho de parto. "B" relatou ter chegado ao hospital por estar tendo desmaios e alterações na pressão, além de infecção urinária, sendo esse o motivo da internação. Ao ser questionada de como estava, "B" relata estar ansiosa e se sentindo mal, porque vinha brigando com o cônjuge há alguns dias. A paciente mencionou que tinha ansiedade e já tinha tido depressão e fazer uso do medicamento fluoxetina, pois estava tendo crises com certa frequência durante a gravidez, pelas brigas com o marido. "B" relata que estava casada há 5 anos com o genitor do bebê, com o qual possuía mais dois filhos, mas que, no último ano, a relação deles não estava bem.

Entretanto, alegou: *"eu gosto muito dele, não quero me separar"*. "B" ainda traz que ela desejava muito o bebê, *"eu me sinto muito bem quando tô grávida, fico mais bonita, bem da cabeça e meu marido me dá mais atenção"*. Contudo, relata que aquela gravidez estava sendo diferente, pois ela não estava recebendo apoio do companheiro e as brigas eram constantes, pois ele não queria mais um filho. Relata ainda estar preocupada com a saúde do bebê, pois *"eu tô muito ansiosa, aperreada, não queria que isso afetasse ele, mas tô me sentindo mal"*.

Mediante a queixa, o foco do atendimento foi a ansiedade que estava sendo gerada pela relação com o marido e a própria gravidez. Frente à falta de apoio e atenção do marido, buscou-se investigar se ela estava recebendo suporte de algum familiar ou amigo, no intuito de minimizar a falta de atenção do cônjuge. "B" afirmou estar recebendo apoio da mãe, que desejava que ela se separasse e fosse morar com ela. Ela ainda relata que a mãe não apoiava a relação dela com o marido, mas que ela gostava muito dele e não queria a separação. A paciente

expôs ainda receber apoio familiar e de algumas amigas, com as quais ela disse que desabafava e que elas vinham ajudando, mas que não sabia o que faria com a relação com o marido.

Diante do exposto, foi interrogado se ela e o marido tinham conversado recentemente sobre as questões que estavam permeando o relacionamento deles, no intuito de sondar o diálogo entre o casal. Ela afirmou que estava com receio de falar e ele pedir a separação. Portanto, o conflito era silenciado. Diante disso, foi pontuado a importância da expressão dos sentimentos e indagado a possibilidade de diálogo com seu companheiro, no sentido de minimizar a ansiedade e incentivar a resolução de conflitos. Sugeriu-se também o diálogo com a família, no sentido de se apoiar neles, principalmente na mãe, a qual ela era mais próxima. Além disso, ressaltou-se a importância das amigas nesse momento de fragilidade, como suporte e amparo.

Diante disso, foi informada a existência da assistência psiquiátrica e psicológica na UBS e que ela poderia procurar uma em seu bairro. Além disso, também foi oferecido serviço de psicologia realizado na clínica da UEPB, ressaltando que havia atendimentos de forma online e que ela poderia buscar atendimento, caso tivesse interesse. Foi ressaltado também a disponibilidade do serviço do hospital ISEA, enquanto ela estivesse internada, ressaltando que ela estava sendo cuidada naquele espaço, que ali era um local seguro de apoio para ela e que ela poderia solicitar o serviço a qualquer momento.

Durante todo o atendimento ela encontrou-se pensativa diante das falas que lhe foram direcionadas, concordando, muitas vezes. “B” afirmou que conversaria com o companheiro, pois *“quero ver se ele vai me escutar e se algo vai mudar”* e que procuraria o serviço de psicologia da UEPB, pois sentia necessidade há muito tempo. Foi reafirmado o papel da psicologia como suporte, evidenciando que ela poderia solicitar o atendimento a qualquer momento, além disso, trouxe que a visitaria novamente durante a semana. Ela agradeceu o atendimento e solicitou atendimento durante a semana, pois *“se sentiu mais aliviada em falar”*.

Posteriormente, lhe foi indagado se ela estava fazendo algum tipo de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, já que ela afirmou fazer uso de medicação, contudo, ela trouxe apenas que um psiquiatra de um hospital havia passado a medicação, mas que não fazia acompanhamento. Diante disso, foi ressaltada a importância de um acompanhamento com um psiquiatra e psicólogo, que pudesse investigar e averiguar se existiam sintomas que comprovasse que o seu caso era realmente referente a ansiedade, e, caso ela realmente tivesse, pudesse dar início a um tratamento adequado, para que ela pudesse ter possíveis melhorias, que ajudariam também na sua gravidez.

Percebe-se, nesse caso, a ausência de suporte por parte do companheiro, bem como uma relação fragilizada e permeada por brigas, junto a um provável sofrimento psíquico e uma gravidez de risco, que denota a extrema fragilidade social, emocional, física e psicológica da paciente B. Diante disso, Silva (2009) traz que a transição da vida conjugal para a parentalidade requer um consenso, um comum acordo entre o casal e exige satisfação conjugal por parte daqueles que desejam tornar-se pais. O período de transição para a parentalidade se caracteriza por mudanças na imagem que cada um dos cônjuges tem de si mesmo, do outro e da própria relação (DOSS e RHOADES, 2017; STERN, 1997)

Na relação de “B”, mediante o que foi trazido por ela, percebe-se a falta de diálogo para resolução de problemas, bem como a falta de apoio por parte do marido. Portanto, não se mostraram evidentes aspectos funcionais nos processos comunicativos do casal, através do relato de “B”. A principal diferença entre casais considerados “saudáveis” e aqueles que apresentam dificuldades não está na presença ou ausência de problemas, mas na maneira como eles são resolvidos (WALSH, 2002).

Alia-se ao relacionamento fragilizado também a condição psiquiátrica de “B”, que relata ter o diagnóstico de ansiedade e depressão. Não obstante, é sabido que o período gravídico-puerperal é a fase de maior incidência de transtornos psíquicos na mulher, pois, a gravidez, em si, é uma

experiência de sentimentos contraditórios, ansiedades e dúvidas (MALDONADO, 1997). Para além disso, enfrentar esse processo de grandes mudanças psicossociais, ainda mais com um histórico de ansiedade e depressão, requer um suporte maior. Se faz necessário a mulher, frente a tantas modificações e sensações, um chão seguro de vínculos de suporte e confiança. (MALDONADO e CANELLA, 2009).

Diante disso, Caldas (2013) afirma que a experiência materna se torna mais desafiadora pela fragilidade emocional que a mãe se encontra naquele momento, pelo acréscimo de risco, além de outras emoções que são conectadas à sua condição clínica. Destarte, destaca-se, também, o apoio do companheiro como fundamental nesse período de transição e constituição da maternidade. O envolvimento paterno não se refere apenas à divisão de tarefas, mas também ao envolvimento emocional com a mãe e o bebê (SILVA et al. 2013). Assim, quando esse envolvimento não acontece, há uma maior possibilidade de desestruturação psíquica. Para mais, quando o suporte social é insuficiente a adaptação da mulher ao seu novo papel social, o de ser mãe, pode se tornar mais difícil e associar-se a sintomas depressivos na gestação e pós-parto (KONDRADT et al., 2011).

Um estudo de Menezes e Lopes (2007), demonstrou a importância da qualidade do relacionamento estabelecida antes da transição para a parentalidade, no que diz respeito ao impacto desta mudança na relação conjugal. Ao avaliarem a relação conjugal na transição para a parentalidade, denotaram que não é a transição para a parentalidade que gera uma crise no sistema familiar e no relacionamento, mas sim a história do casal e a qualidade de sua relação afetiva que existe, que vão ser relevantes para a existência e superação de um período de crise ou não.

Silva (2020), postula que um dos norteadores do trabalho do psicólogo hospitalar é a identificação da rede de apoio, com isso. Nesse sentido, houve o reforço quanto ao fortalecimento do vínculo e da conversa entre “B” e seu marido, nesse momento difícil. Outrossim, Klaus e Kennel (1992), remontam que a aceitação da criança pelo pai é apontada como fator de grande relevância para o desenvolvimento do apego da mãe com o seu bebê. Melo et al. (2016) apontam ainda que a condição civil contribui para aumentar a segurança emocional, financeira, além de garantir suprimento de necessidades humanas básicas essenciais no período gestacional. Porquanto, quando a situação conjugal é insegura, ela se constitui como um fator de risco gestacional, como apontado pelo Ministério da Saúde (2010).

Zanatta e Pereira (2015), denotam que as fragilidades das gestantes podem ser amenizadas com cuidado e apoio de pessoas próximas, como profissionais da saúde, familiares e amigos. De forma que, o apoio social é essencial tanto para a gestação, quanto para o desenvolvimento do bebê. Assim, o apoio social pode ser um fator de proteção à maternidade (LEITE et al. 2014; MANENTE e RODRIGUES, 2016)

Foi reassurado o apoio no ambiente hospitalar, bem como a importância dele durante o atendimento, pois segundo Schmidt e Argimon (2009) às mulheres que apresentam vinculação segura, evidenciaram uma vinculação materno-fetal elevada e sintomas depressivos e ansiosos mínimos. A presença de altos níveis de suporte social é apontada como redutor do impacto de eventos estressantes e como fator protetor de doenças mentais, como a depressão e a ansiedade.

Caso 3: Medo da morte.

“C” possuía 34 anos e estava com 22 semanas de gestação, internada em alto risco há uma semana, em sua segunda gestação. “C” relatou estar internada por ter trombose, diabetes e pressão alta. Ao ser questionada sobre como estava, C relatou: *“muito preocupada e perturbada porque minha gestação é de muito risco. Depois da trombose que tive há 10 anos,*

minha saúde nunca mais foi a mesma e agora que to grávida, to correndo risco de vida, eu e minha minha bebê. Não consigo nem subir uma rampa".

Logo de início foi possível perceber o medo de perder o bebê e de morrer, bem como de engravidar novamente. Diante disso, procurou-se averiguar sobre as informações que ela possuía, a fim de minimizar a ansiedade. "Perguntou-se, portanto, se havia recebido assistência médica naquela manhã, para verificação de seu estado físico. Diante do questionamento, "C" relatou ter recebido assistência médica e que foi constatado que a taxa de glicemia estava mais controlada, contudo, que sua a pressão ainda estava desregulada e que haviam exames e consultas que precisavam ser feitos e que *"é por isso que tô mais perturbada, a médica disse que eu tinha que passar pelo hematologista e pelo cardiologista e eu tô aqui esperando"*.

Frente ao exposto, inicialmente foi feito o acolhimento e questionando como ela estava se sentindo diante da situação da internação e do diagnóstico daquelas doenças, permitindo que ela fosse escutada "C" relatou estar somente muito preocupada, com medo, afirmou também querer ver sua bebê, que estava no ventre, e ver sua filha que estava em casa. Ao se buscar identificar sua rede de apoio "C" afirmou: *"meu marido e minha mãe, na verdade minha família toda, me ajuda muito, tá todo mundo muito preocupada, eles ficam brigando pra vir me visitar"*. Contudo, não estava recebendo visitas da filha menor por não poder descer as rampas: *"Estou um pouco triste com isso, mas é melhor ela lá, eu converso com ela pelo celular, dá pra passar a saudade um pouco. Tô mais preocupada agora com essa daqui que pode nascer prematura, né? É muito mais grave e eu quero muito ir pra casa"*.

Diante do exposto, foram ressaltados alguns aspectos positivos quanto a seu estado de internação e ao seu bebê, a fim de reduzir ansiedades frente a algo que parecia estar se antecipando para ela, a morte e as conturbações e preocupações que o risco dela estava trazendo. Foi ressaltado que ela estava sendo cuidada no hospital e tendo sua saúde monitorada 24h por dia pela equipe de médicos, enfermeiros e também dos psicólogos. Além disso, ressaltou-se que se alguma intercorrência viesse acontecer, ela seria socorrida pela equipe e que eles fariam o procedimento adequado, inclusive se sua bebê viesse a nascer prematura, teria a assistência necessária da UTI do hospital, referência no estado.

Também foi ressaltado que aquele tempo de internação era necessário para a saúde dela e do bebê, apesar de não ser como estar em casa, mesmo que sua gestação fosse de risco, o que poderia acontecer eram possibilidades e não fatos concretos, o risco existia, mas não era de fato algo que fosse acontecer. Nesse momento, C se emocionou e concordou, contudo, reafirmando que os médicos afirmaram ser grave. Foi valorizado os cuidados que ela estava tendo, com o objetivo de fazê-la perceber que ela também estava fazendo sua parte e que, assim, os riscos também diminuiriam.

"C" afirmou que estava um pouco mais calma, mas que por estar internada, havia perdido a consulta de planejamento familiar, para fazer a laqueadura e que estava muito preocupada com essa questão, pois segundo ela *"eu preciso muito fazer essa laqueadura, não consigo mais ficar grávida de novo, é muito risco pra mim e pros meus filhos"*. Como ela estava restrita ao leito e não poderia sair, ela questionou o que poderia fazer para remarcar, diante disso, foi visado tranquilizá-la afirmando que seria feita busca de informações com planejamento familiar. "C" agradeceu bastante e perguntou também se havia a possibilidade de perguntar as enfermeiras, quando ela iria ter a consulta com o cardiologista e com o hematologista, nesse momento, foi afirmado o direito dela de questionar a equipe sobre seu estado de saúde e os procedimentos que seriam realizados com ela, mas foi confirmado que poderia procurar as informações, para aplacar as ansiedades.

Dessa forma, foi realizada busca por informações com a equipe de planejamento familiar e de enfermagem e o retorno para sanar as dúvidas que ela havia postulado. Foi afirmado que a equipe de planejamento assegurou que ela iria ter a consulta reagendada assim que tivesse alta da internação e que as enfermeiras afirmaram que no dia seguinte ela iria ter

as consultas com o hematologista e cardiologista. “C” agradeceu bastante o atendimento e se emocionou nesse momento, afirmando estar bem mais tranquila e calma por, segundo ela, “*ter desabafado*”. Ao ser questionada se havia algo mais que poderia ser feito, ela afirmou que não, que iria falar com a família e orar um pouco. Nesse momento de fechamento, foi reafirmado que ela estava sendo cuidada por toda a equipe de enfermeiros, médicos e também de psicólogos e que ela poderia solicitar atendimento a qualquer hora da psicologia, caso necessitasse.

Constata-se, nesse caso, a emergência e ansiedade de “C” em relação à própria vida e do filho, característica da própria gestação de alto risco, pelas condições clínicas. Cabral et al (2018) e Wilhelm et al (2015) afirmam, diante disso, que, em uma gestação que evolui normalmente do ponto de vista obstétrico, os medos e receios, bem como o sentimento de antecipação, já surgem, mas é na gravidez de risco que se aguçam os medos e a morte se transforma numa ameaça potencial. Diante disso, destaca-se a importância do atendimento psiquiátrico e psicológico, no sentido de promoverem a elaboração, levando à resiliência e, com isso, ao reequilíbrio psíquico (GRANERO et al. 2018),

Coelho et al (2017) e Costa et al (2019) ressaltam que os períodos de internamento na gestação de alto risco são normalmente mais longos e as gestantes têm que compartilhar espaços reduzidos, numa convivência intensa com outras pacientes, recebendo avaliações diárias dos profissionais de saúde, além de estarem longe do convívio normal com sua rede social de apoio, o que legitima o risco para as gestantes. Outrossim, Ferreira et al. (2019), também expõem que o internamento se caracteriza como uma fase de angústia, solidão, sofrimento e saudade, pois constitui uma nova condição que não é prevista, que as distancia do cotidiano e que requer adaptações emocionais e também estruturais, sendo o hospital um local de dor e sofrimento, que afastava-as da sua vida, da sua casa, do seu trabalho, da sua família e aproximava-as da confirmação da sua condição de risco. O que explica o medo exacerbado com o qual “C” estava sofrendo em relação à própria vida, como também, a urgência de voltar para sua casa.

Para mais, quando a mulher enfrenta uma constante ameaça quanto ao risco gestacional, ela se torna vulnerável, podendo ficar insegura e temer o que poderá acontecer com ela e com seu filho, assim como “C” se encontrava no atendimento. O medo acaba sendo um sentimento que pode surgir rondando a existência das gestantes, às vezes de maneira sutil e outras de forma marcante. É notado durante o período gestacional a mulher sentir medo e se questionar diante das mudanças suscitadas por uma situação ou um fato imprevisto, mesmo que o bebê seja muito desejado. Numa situação de alto risco, esse sentimento poderá ser mais presente, tornando-a mais vulnerável (OLIVEIRA et al, 2011). A gestação de alto risco requer vigilância das situações de gravidade e prontidão para identificar problemas e intervir de maneira a impedir eventuais complicações.

Neste contexto, a qualidade da assistência prestada e o acesso a serviços de saúde especializados que possam atender as necessidades das gestantes, são fundamentais para a prevenção da morbidade e da mortalidade materno-fetais (SOUSA et al, 2018). Conforme abordado por Ferreira et al. (2019), considera-se que as mães no processo de hospitalização no alto risco carecem de um maior cuidado e atenção interdisciplinar, levando em consideração a história e subjetividade de cada mulher, tal como as necessidades diante da internação, relacionando-se com a sua autopercepção. Além disso, como dito por Arrais e Mourão (2013) é preciso que as emoções positivas sejam estimuladas pelos profissionais por intermédio da linguagem, pois é sabido que a fala induz a alterações no Sistema Nervoso Central sejam elas positivas ou negativas.

Como postulado por Waisberg, et al. (2008) o psicólogo hospitalar contribui no processo de humanização dos pacientes internados, como também, no processo de evolução do quadro clínico e emocional, a fim de verificar suas condições e de seus familiares. Ademais,

enquanto membro da equipe de saúde, também faz parte de seu papel mediar o vínculo entre paciente e demais profissionais que executam os procedimentos técnicos. Não obstante, constituir um recurso para que ocorra a confiança e a vinculação da gestante com o profissional e o serviço de saúde auxilia na troca de informações.

Dessa forma, ao serem sanadas as dúvidas existentes, minimizam-se os medos e ansiedades, de forma que aumenta-se a aceitação e responsabilização da gestante também para com o tratamento (DURÃES-PEREIRA et al., 2007) Denota-se, assim, que foi de extrema importância o momento de psicoeducação e busca por informações para aplacar ansiedades quanto ao quadro de “C”, para que ela se sentisse mais segura quanto ao seu tratamento e a afasta-se da emergência de morte.

Destarte, como ressaltado por Pinto (2011), está comprovado que, especialmente nos momentos de crise, o suporte social e psicológico permite reduzir o isolamento e aumentar a satisfação pela vida. Ademais, como citado por Pinto (2011), traz que ser amado, estimado e valorizado pelos membros da sua rede social, funciona como amortecedor da influência negativa da ansiedade, como também, reduz, relativamente, o risco de surgimento de mal-estar psicológico e até de doenças mentais. Por fim, o apoio social é significativo para o bem-estar das pessoas, porque se configura como uma forma de propiciar auxílio informativo, prático e afetivo, sendo essencial em situações de estresse (RAPPORT e PICCININI, 2011).

Diante do exposto nos três casos supracitados, nota-se a carência de assistência e suporte de uma forma global a essas gestantes nesse ambiente hospitalar. Foi-se percebido, através da experiência em campo, a escassez de escutas qualificadas e até mesmo de informação por parte da equipe de saúde, de forma que, por muitas vezes, a psicologia ocupou um espaço que deveria ser ocupado por todos os membros, não só informativo e mediador, mas de promover acolhimento e escuta qualificada. Denota-se, assim, a extrema importância da psicologia nesse espaço que ainda é permeado por uma dinâmica de um fazer biomédico e que se descortina potencialmente ansiogênico para essas mulheres que já se encontram fragilizadas pela internação, devido a uma gestação que não seguiu seu curso “normal” e desejado.

Não obstante, a psicologia tem o papel de entrar na esfera hospitalar da maternidade como eixo de humanização, escuta e acolhimento, promovendo e assegurando direitos, promovendo psicoeducação, levando conhecimento e esclarecendo dúvidas para essas mulheres, mediando as relações, elencando a família e os laços afetivos como imprescindíveis, investigando e fazendo encaminhamentos necessários. Sendo, desta forma, um contraponto em meio a um ambiente que carece de humanização, para assegurar que o hospital possa ser um ambiente menos iatrogênico e ansiogênico, nesse momento de instabilidade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de estágio permitiu que a humanização fosse posta em prática, não somente enquanto estudante e profissional ao prestar um serviço, mas no tocante de ser humano ao que estava posto em um ambiente, como o hospitalar, que por muitas vezes se mostrou não acolhedor, ansiogênico e até um pouco chocante, em um processo já tão delicado como o ciclo gravídico-puerperal. Os objetivos de atender e acolher as demandas psicossociais surgidas durante o gestar de alto risco, foram atingidos através de intervenções individuais, apoiadas na psicoterapia breve de apoio e nas técnicas de psicoeducação, além dos acompanhamentos e encaminhamentos, a fim de promover saúde e prevenir agravos psicológicos nesse período.

O modo como cada mulher vivencia a experiência da maternidade é particular e assim também é a forma como as mudanças decorrentes desse processo foram sentidas pelas gestantes dos casos aqui relatados. Contudo, foi perceptível que gestar de alto risco, aliado ao processo de hospitalização e o conseqüente distanciamento familiar, contribuíram para fragilidade

emocional e para o surgimento de determinados sentimentos como angústia, saudades, medo, preocupações.

Foi observado que fez-se mister também apoio social em meio a inúmeros fatores de risco ligados a esse gestar em risco. Tanto a rede social que concerne a familiares e amigos se fez necessário como uma rede protetiva, como também, a presença de profissionais de saúde que propiciam uma escuta atenta. O afeto e vinculação com a família e amigos, como rede social de apoio, caracteriza-se como redutor e regulador de impactos em meio a eventos estressantes, sendo também, protetivos contra a associação negativa perante a própria gravidez.

Por fim, foi observada a necessidade da assistência psicológica como fator protetivo à saúde biopsicossocial da gestante, garantindo escutas qualificadas, encaminhamentos e psicoeducação, mediante uma assistência focal. Dessa forma, o psicólogo hospitalar fica em função, nesse espaço, de escutar, humanizar, assegurar direitos e mediar a relação destas pacientes com os demais membros da equipe de saúde, garantindo, dessa forma, a integralidade e a individualidade de cada gestante, em meio a um ambiente que pode ser hostil e precário de assistência individual, como o hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Raquel Ayres de. Possibilidades de utilização da psicoterapia breve em hospital geral. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro , v. 13, n. 1, p. 94-106, jun. 2010 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S1516-08582010000100008 & lng= pt\ nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100008&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 24 jul. 2022.

ARRAIS, A, R. MOURÃO, M, A. FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. São Paulo 2014 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902014000100251 & script= sci_abstract & tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902014000100251&script=sci_abstract&tlng=pt) acesso em: 14 de Outubro de 2018.

Assis T. R. Viana, F. P., & Rassi, S. E. (2008). Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 91(1), 11-17.

Baptista, A. S. D., Furquim, P. M. (2010). Enfermaria de obstetrícia. In M. N. Baptista & R. S. Dias. *Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

BAPTISTA, M. N; BAPTISTA, A. S.; TORRES, E. C. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Psic Rev Vetor Ed*, 7:39-48, 2006.

BARROS, Alice Correia et al. ANSIEDADE TRAÇO E ESTADO, RISCO PARA DEPRESSÃO E IDEIAÇÃO SUICIDA EM GESTANTES DE ALTO RISCO EM ALAGOAS. 2020. 73 f. Tese (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2020.

Bortoletti, F. F. (2007a). Psicoprofilaxia no ciclo gravídico puerperal. In: A. F. Moron, F. F. Bortoletti, J. Bortoletti Filho, M. U. Nakamura, R. M. Santana, & R. Mattar. *Psicologia na prática obstétrica: abordagem Interdisciplinar* (pp. 37-46). Barueri, SP: Manole

Cabral, S. A., Alencar, M. C, Carmo, L. A. Barbosa, S. E., Barros, A. C., & Barros, J. K. (2018). Receios na gestação de alto risco: Uma análise da percepção das gestantes no pré-natal. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 12(40), 151-162. Recuperado de <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1051/1515>

CALDAS, Denise Balança et al . Atendimento psicológico no pré-natal de alto-risco: a construção de um serviço. *Psicol. hosp. (São Paulo)*, São Paulo , v. 11, n. 1, p. 66-87, jan. 2013 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S1677-74092013000100005 & lng= pt\ nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092013000100005&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 24 jul. 2022.

Camacho, Renata Sciorilli et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)* [online]. 2006, v. 33, n. 2 [Acessado 17 Novembro 2022] , pp. 92-102. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000200009>>. Epub 16 Ago 2006.

CAMPOS, Rui C. Processo gravídico, parto e prematuridade: Uma discussão teórica do ponto de vista do psicólogo. *Análise psicológica*, v. 18, n. 1, p. 15-35, 2012.

CASTRO, Elisa Kern de; BORNHOLDT, Ellen. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 24, n. 3, p. 48-57, set. 2004. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300007&lng=pt&nrm=iso.

Coelho, D. D., Souza, J. L. Torres, M. M., & Drezett, J. (2017). Gravidez e maternidade tardia: Sentimentos e vivências de mulheres em uma unidade de pré - natal de alto risco em Barreiras, Bahia. *Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano*, 2(1), 1-19. Recuperado de <http://fasb.edu.br/revista/index.php/higia/article/view/145>

Conde, A., & Figueiredo, B. (2003). Ansiedade na gravidez: Fatores de risco e implicações para a saúde e bem estar da mãe. *Psiquiatria Clínica*, 24(3), 197-209. Recuperado em: <http://hdl.handle.net/1822/4217>.

Conselho Federal de Psicologia (Brasil). Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. — 1. ed. — Brasília : CFP, 2019

Costa, L. D., Hoesel, T. C. Teixeira G. T. Trevisan, M. G. Backes, M. T., & Santos, E. K. (2019). Percepções de gestantes internadas em um serviço de referência em alto risco. *Revista Mineira de Enfermagem*, 23, 1199. doi:10.5935/1415-2762.20190047

COSTA,E.S.; PINON,G.M.B. COSTA, T.S.; SANTOS,R.C.D.A.; NÓBREGA,A.R. SOUSA,L.B.D. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. *Rev. Rene. Fortaleza*, v.11, n.2, p.86-93,abr/JUN.2010.

DAVID, Maria Alice de Oliveira et al. Depressão em grávidas hipertensas: preocupações maternas durante a gestação. *Psicol. hosp. (São Paulo)*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 2-20, 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092008000100002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 16 nov. 2022.

Doss, B. D. & Rhoades, G. K. (2017). The transition to parenthood: Impact on couples' romantic relationships. *Current Opinion in Psychology*, 13, 25–28. doi: 10.1016/j.copsyc.2016.04.003

Durães-Pereira, M. B. B. B., Novo, N. F., & Armond, J. E. (2007). A escuta e o diálogo na assistência ao pré natal, na periferia da zona sul, no município de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12 (2), 465-476.

Fernandes, H., & Neto, F. (2009). Adaptação portuguesa da Escala de Solidão Social e Emocional (CELSA-S). *Psicologia, Educação e Cultura*, 8(1), 7-31. Recuperado de: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/2886>

Ferreira, S. V. Soares, M. C., Cecagno, S, Alves, C., Soares, T. M., Braga, L. R. (2019). Cuidado de enfermagem na ótica das gestantes de alto risco. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 7 (2),143-150. Recuperado de <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.pdfhp/refacs/article/view/3410/pdf>

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

Gestação de alto risco: manual técnico (2012) (5a ed., Séria A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Gómez López ME, Berenzon Gorn S, Lara Cantú MA, Ito Sugiyama ME (2016). Malestar psicológico en mujeres con embarazo de alto riesgo. Summa Psicológ. UST. 13(1):89-100.

GOUVÊA, A. H. Psicoterapia Breve de Apoio. In Lemgruber,V. O Futuro da Integração - Desenvolvimentos em Psicoterapia Breve. Porto Alegre/RS : ArtMed, 2000.

Granero GS, Bonfim IHFB, Santos ÀS (2018). O impacto e a dimensão psicológica da doença trofoblástica gestacional: Um estudo de caso. REFACS. 6(4):801-807.

Graziani, P., & Swendsen, J. (2007). O stress – Emoções e estratégias de adaptação. Lisboa: Climepsi Editores
<https://doi.org/10.1111/jocn.13817>

Klaus, M. HKennel, J. H. e KLAUS, P. H.; Vínculo – Construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: ArtMed, 2000. Klaus, M., & Kennel, J.; Pais/bebê: A formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

Klein, Michele Moreira de Souza e Guedes, Carla Ribeiro. Intervenção psicológica a gestantes: contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde. Psicologia: Ciência e Profissão [online]. 2008, v. 28, n. 4 [Acessado 16 Novembro 2022] , pp. 862-871. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-98932008000400016>>

Konradt, Caroline Elizabeth et al. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul [online]. 2011, v. 33, n. 2, pp. 76-79. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-81082011005000010>>.

Leite, Mirlane Gondim et al. Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. Psicologia em Estudo [online]. 2014, v. 19, n. 1, pp. 115-124. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-7372189590011>>. Epub 10 Out 2014. ISSN 1807-0329. <https://doi.org/10.1590/1413-7372189590011>.

LEMES, Carina Belomé; ONDERE NETO, Jorge. Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. Temas psicol., Ribeirão Preto , v. 25, n. 1, p. 17-28, mar. 2017 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000100002&lng=pt&nrm=iso>.

Lemgruber, V. (1984). Psicoterapia breve: a técnica focal. Porto Alegre: Artes Médicas.

Li, Y., Long, Z., Cao, D., & Cao, F. (2017). Social support and depression across the perinatal period: a longitudinal study. Journal of Clinical Nursing, 26(17-18), 2776-2783.

Lima MS. Epidemiologia e impacto social. Rev Bras Psiquiatr. 1999;21:1-5

Maldonado, Maria Tereza, Canella, Paulo. Recurso de relacionamento para profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais/. Ribeirão Preto, SP: Editora Novo Conceito, 2009.

Maldonado, M. T. (1997). Psicologia da gravidez. São Paulo: Saraiva.

Maldonado, M.T. (2017). Psicologia da gravidez: gestando pessoas para uma sociedade melhor. São Paulo: Ideias & letras

MANENTE, Milena Valelongo; RODRIGUES, Olga Maria Piazzentin Rolim. Maternidade e Trabalho: Associação entre Depressão Pós-parto, Apoio Social e Satisfação Conjugal. Pensando fam., Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 99-111, jul. 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2016000100008&lng=pt&nrm=iso>.

Marchetti, D. & Moreira, M. C. (2015). Vivências da prematuridade: A aceitação do filho real pressupõe a desconstrução do bebê imaginado? Revista Psicologia e Saúde, 7(1), 82-89.

MELLOR, D. ... [et al.] – Need for belonging, relationship satisfaction, loneliness and life satisfaction. Personality and Individual Differences. 45 (2008) 213- 218 MILGROM, J. ... [et al.] – Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. Journal of Affective Disorder. 108 : 1-2 (2008) 147-157.

Melo, W. A., de, Alves, J. I. Ferreira, A. A. S., da, & Maran, E. (2016). Gestação de alto risco: fatores associados em municípios do Noroeste paranaense. Revista de saúde pública do paraná, 17(1), 82-91.

Menezes, C. C. Lopes, R. C. S. (2007). Relação conjugal na transição para a parentalidade: Gestação até dezoito meses do bebê. Psico-USF, 12(1), 83-93. doi: 10.1590/S1413-82712007000100010

Ministério da Saúde (2010). Gestação de alto risco: manual técnico (5ª ed.). Brasília: Autor.

Mlotshwa, L., Manderson, L., & Merten, S. (2017). Personal support and expressions of care for pregnant women in Soweto, South Africa. Global Health Action, 10(1), 1363454. DOI: <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1363454>

Oliveira VJ, Madeira AMF, Penna MM. Vivenciando a gravidez de alto risco entre a luz e a escuridão. Rev. Rene. [Internet]. 2011 Jan/Mar 12(1): 49-56. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a07v12n1.pdf

Piccinini, C. A. De Carvalho, F. T., Ourique, L. R. Lopes, R. S. (2012). Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 28(1), 27-33.

PINTO, Maria Teresa Mascarenhas. A Solidão na Gravidez: Determinantes da solidão e seu impacto na ligação materno-fetal. Orientador: Briz, Teodoro e Maia, Teresa. 2011. 106 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, 2011. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10362/6828>.

QUEVEDO, Michele Peixoto. Experiências, percepções e significados da maternidade para mulheres com gestação de alto risco. 2010. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. doi:10.11606/T.6.2010.tde-14052010-082745

Rapoport, A. e Piccinini, C. A. (2011). Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. *Psico-USF (Impr.)* 16(2), 215-225.

Rodrigues, A. R. M. et al. (2016). Cuidado de enfermagem na gestação de alto risco: revisão integrativa. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 15(3). http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/5434/html_2

Rodrigues, A. R. M., Dantas, S. L. da C., Pereira, A. M. M., Silveira, & M. A. M. Rodrigues, P. (2017). Gravidez de alto risco: Análise de determinantes de saúde. *Sanare, Sobral*, 16(Supl.01), 23-28.

SALDANHA, Shirlei de Vargas; ROSA, Aline Badch; CRUZ, Lilian Rodrigues da. O Psicólogo Clínico e a equipe multidisciplinar no Hospital Santa Cruz. *Rev. SBPH, Rio de Janeiro*, v. 16, n. 1, p. 185-198, jun. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000100011&lng=pt&nrm=iso>.

Santos, P.B. (2005). Maternidade ameaçada: Vivências Psíquicas em Gestantes de Risco. Dissertação de Mestrado, Pontífica Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Recuperado em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/15788>

Sarmiento, R., & Setúbal, M. S. V. (2012). Abordagem psicológica em obstétrica: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Revista De Ciências Médicas*, 12(3). Recuperado de <https://periodicos.puc-campinas.edu.br/cienciasmedicas/article/view/1260>

Schmidt, E. B. e Argimon, I. I. (2009). Vinculação da gestante e apego materno fetal. *Paideia*, 43, 211-220

Silva, C. S. Ronzani, T. M. e Furtado, E. F. (2009). Relações entre prática religiosa, depressão, ansiedade e uso de álcool entre gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde de Juiz de Fora. *HU Revista* 35(2), 111-118.

SILVA, et al. GRAVIDEZ DE ALTO RISCO: ADAPTAÇÃO PSICOLÓGICA DE GESTANTES. *Revista Saúde, Guarulhos*, v. 10, n. 1, p. 1-1, jun. 2016

SILVA, et al. O ENVOLVIMENTO PATERNO NA GESTAÇÃO SOB O OLHAR DE GÊNERO. *Revista de Enfermagem, Recife*, v. 7, n. 5, p. 1376-81, mar. 2013

Silva, J. (2009). Influência da satisfação conjugal na qualidade da relação mãe-bebê (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal). Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.12/3619>

SILVA, Marina Torres Peixoto da. A EXPRESSÃO DA PERDA: ATUAÇÃO DE PSICÓLOGOS HOSPITALARES E ESTAGIÁRIOS DE PSICOLOGIA DIANTE DO LUTO

MATERNO. 2020. 25 f. TCC (Graduação) - Curso de Psicologia, Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – Unileão, Juazeiro do Norte, 2020

Sluzki, C. E. (1997). *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas* São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Sousa, D. M. Sales, F. A. Oliveira, J. H. e Chagas, A. C. (2018). Caracterização das gestantes de alto risco atendidas em um centro de atendimento à mulher e o papel do enfermeiro nesse período. *Revista de Atenção à Saúde*, 16 (56), 54-62. doi:10.13037/ras.vol16n56.5120

Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Waisberg, Ariane David. et al. A atuação do psicólogo na unidade de Internação de um hospital de reabilitação. *Psicologia Hospitalar*, São Paulo, v. 6, nº 1, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-74092008000100005 & script=sci_arttext.

Walsh, F. (2002). Casais saudáveis e casais disfuncionais: Qual a diferença? In M. Andolfi (Ed.), *A crise do casal - Uma perspectiva sistêmico-relacional* (pp. 13-28). Porto Alegre: Artmed.

Wilhelm, L. A., Alves, C. N., Demori, C. C., Silva, S. C., Meincke, S. M., & Ressel, L. B. (2015). Feelings of women who experienced a high risk pregnancy: A descriptive study. *Brazilian Journal of Nursing*, 14(3), 284-93. Recuperado de <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5206>

WORDEN, J. William. *Aconselhamento do luto e terapia do luto: um manual para profissionais de saúde mental*. São Paulo: Roca, 2013.

Zanatta, E. e Pereira, C. R. R. (2015). “Ele enxerga em ti o mundo”: A experiência da maternidade pela primeira vez. *Temas em Psicologia*, 23(4), 959-972

AGRADECIMENTOS

À Deus e a todas as forças superiores que traçaram o meu caminho para a Psicologia e que me permitiram continuar nele.

À minha família, especialmente à minha mãe, Luciene Veras, que foi meu grande suporte nos momentos mais difíceis. A minha avó, Ivanete Veras, que foi meu maior incentivo para continuar minha formação, pelo desejo de me ver formada. Aos meus irmãos Darlan Leonardo e Daniel Enazion, por todo o apoio e suporte.

Aos meus professores, que foram peças fundamentais no meu crescimento intelectual e acadêmico, mas também pessoal, sendo grandes exemplos a serem seguidos, em especial à minha orientadora Profa. Dra. Sibelle Maria Martins de Barros, que foi o de grande suporte na reta final do curso.

Aos meus amigos, que me sustentaram nessa caminhada, muitas vezes árdua, e não me deixaram desistir. Em especial a Lucas Alexandre, o melhor amigo que o destino me concedeu o prazer de caminhar pela vida. A Liliam Kézia, que está comigo desde a escola e atravessou os melhores e piores momentos junto a mim, me erguendo consigo. A Sabrina Meneses, que está comigo desde a primeira infância e que a vida trouxe de volta na graduação e a Brunna Vieira, o presente surpresa que a graduação me deu e o universo permitiu ficar.

Por fim, agradeço a todos que não estão mais em minha vida, mas que participaram da minha construção, reconstrução e de tudo que me permitiu estar aqui hoje e ser quem sou.