



A PSICOLOGIA DENTRO DE UM HOSPITAL MATERNIDADE: LEVANTAMENTO DE DADOS

Andressa Moro Kansou* (Pontifícia Universidade Católica do Paraná; Curitiba-PR). Kamila Fernanda de Oliveira (Pontifícia Universidade Católica do Paraná; Curitiba-PR). Ragner Pereira Kraft (Pontifícia Universidade Católica do Paraná; Curitiba-PR). Ms. Patrícia Guillon Ribeiro (Orientadora do trabalho; Pontifícia Universidade Católica do Paraná; Curitiba-PR).

Contato: andressamk95@gmail.com*

Psicologia da Saúde e Hospitalar

Palavras-chave: Psicologia. Maternidade. Psicologia hospitalar.

INTRODUÇÃO

Este documento foi feito com o intuito de apresentar o trabalho desenvolvido por uma equipe de acadêmicas de Psicologia dentro do Hospital Maternidade Alto Maracaná no ano letivo de 2017, no município de Colombo, região metropolitana de Curitiba. Sendo parte integrante da proposta de estágio acadêmico do último ano de graduação do curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Existe uma grande diferença entre as definições de psicologia da saúde e psicologia hospitalar. Primeiramente, a psicologia da saúde tem o intuito de identificar aspectos biológicos, comportamentais e sociais que alteram o indivíduo saudável e não saudável, portanto o trabalho do psicólogo é multidisciplinar e conta com vários profissionais da saúde para realizar a intervenção (CASTRO E BORNHOLDT, 2004). Rodríguez-Marín (2003) apud Castro e Bornholdt, (2004) define a Psicologia Hospitalar como um composto de ações científicas, educacionais e profissionais que têm como objetivo melhorar o amparo aos indivíduos que se encontram no hospital. O psicólogo deste meio engloba conhecimentos e técnicas para contrapor sistematicamente, com o intuito de favorecer a assistência integral ao paciente, sem ter como base o tempo de internamento deste, restabelecendo o estado de saúde do doente ou controlando os sintomas que alteram seu bem-estar, ao alcance da psicologia.

De acordo com Simonetti (2018, p. 15), *“a Psicologia Hospitalar é o campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento”*, o autor enfatiza que toda



doença possui aspectos psicológicos e encontra-se repleta de subjetividade, por isso a importância do psicólogo neste contexto. Ao citar aspectos psicológicos, o autor se refere as manifestações da subjetividade humana diante de uma situação de adoecimento, como por exemplo os sentimentos, a fala, o desejo, os pensamentos e comportamentos, as fantasias, as crenças, os conflitos, enfim, o estilo que cada um tem de vivenciar a doença. Muitas vezes a vivência psicológica nada tem a ver com o início da doença, porém acaba interferindo negativamente no quadro clínico já instalado, dificultando o tratamento. Esses aspectos psicológicos são o foco da psicologia hospitalar, porém estes encontram-se sempre vinculados na pessoa do paciente, nas pessoas da família, da equipe, etc. Portanto, o objeto de trabalho da psicologia hospitalar não é somente a dor do paciente, mas também a angústia declarada da família e a angústia mascarada da equipe (SIMONETTI, 2018).

Na maternidade o trabalho da psicologia, no que se refere a construção da demanda, tende a ser um pouco mais laborioso. Custa-se, inclusive a fazer com que as pessoas percebam que neste contexto existe sim uma demanda e que esta é singular a cada paciente. O motivo para tal percepção errônea pauta-se pelo fato de a maternidade representar um espaço onde habitualmente as pessoas não estão doentes, logo vem o pensamento de que não há sofrimento evidente no ciclo gravídico-puerperal. Ou seja, culturalmente as pessoas acreditam que a maternidade se trata de um acontecimento natural e instintivo, no qual o nascimento do bebê é encarado como momento de alegria (ARRAIS & MOURÃO, 2013). Porém, Gorayeb et al. (2015) aponta a clínica obstétrica como um setor que requer atenção do atendimento psicológico, devido a gravidez trazer consigo muitas mudanças, e mesmo se tratando de uma gravidez tranquila e harmoniosa, ela traz modificações intensas tanto fisiológicas como afetivas. Os autores apontam também que este período é marcado por transformações nos aspectos sociais, biológicos, conjugais e psicológicos da vida da mulher. Existe então, uma necessidade de ajustamento emocional e adaptação frente as modificações corporais e dos papéis sociais.

Tendo o conhecimento de que a gravidez por si só já gera uma variedade de sentimentos ambivalentes para a mulher, imagina-se a turbulência emocional em casos de uma gravidez de alto risco. (GORAYEB ET AL., 2015). Os mesmos autores citam que segundo o Ministério da Saúde, uma gravidez de alto risco se dá pela que a saúde da mãe e/ou do feto tenha maior probabilidade de sofrer complicações. A gestante de alto risco percebe uma perda de controle sobre a gravidez, si mesma e possíveis consequências sobre a sua saúde e do feto, podendo aumentar a frequência de sintomas ansiosos e depressivos, sobretudo as que passaram por adversidades em gestações anteriores, como óbitos neonatais, abortos e patologias obstétricas.

Sobre a perda gestacional, Duarte e Turato (2009) trazem vários fatores relacionados ao aborto, incluindo doenças maternas, malformações fetais, infecções adquiridas na gestação e



alterações placentárias ou no desenvolvimento fetal. Segundo as autoras, a elaboração do luto pela morte de uma criança antes de seu nascimento tem uma dinâmica diferente, nestas situações é comum para a mulher não se sentir mãe da criança, além de ter uma vontade forte de rememorar o acontecimento e seus detalhes. Por isso, a angústia pela morte do bebê se expressa por repetidas provas de realidade, podendo apresentar depressão clínica.

Duarte e Turato (2009) citam ainda que é importante que a mulher vivencie este momento de maneira lúcida, facilitando a reorganização emocional. Após a perda da criança, acontece uma brusca interrupção da construção da identidade da mulher grávida, neste momento ela deve lidar com sentimento de impotência e incapacidade, o que causa grande impacto na sua feminilidade. Este acontecimento rompe com a possibilidade de exercício da maternidade.

De acordo com Gorayeb et al. (2015), a atuação do psicólogo em um ambiente hospitalar se define na seguinte tríade: atendimento à paciente, atendimento/orientação aos familiares e orientação à equipe médica/multidisciplinar. Baptista e Furquim (2014) enfatizam a importância do psicólogo em favorecer o trabalho interdisciplinar, criando um espaço de trocas e possibilitando relações humanas mais saudáveis entre os membros da equipe e a equipe com a paciente.

No contexto da obstetrícia, o atendimento decorre da busca ativa do psicólogo, que faz a triagem dos casos, sem que a equipe encaminhe casos específicos. Então, sempre é realizada uma avaliação do paciente por meio de uma entrevista que visa analisar os aspectos sociais e psicológicos, identificando possíveis demandas. O objetivo do psicólogo neste primeiro momento é compreender a história de vida da paciente, principalmente sobre a gravidez (GORAYEB ET AL., 2015). Ainda sobre a atuação profissional do psicólogo que trabalha com gestantes e puérperas, Baptista e Furquim (2014) afirmam que não é possível se limitar apenas aos conhecimentos da psicologia, deve-se também ter conhecimentos relacionados aos aspectos biológicos e sociais.

O presente trabalho teve como intuito aprofundar o conhecimento científico da psicologia hospitalar, mais especificamente da maternidade, através do atendimento da população que é composta por gestantes em tratamento, parturientes e puérperas que frequentam o Hospital Maternidade Alto Maracanã. Além disso, o estudo resultou em um levantamento de dados quanto a população usuário do serviço oferecido pelo anteriormente mencionado hospital.

METODOLOGIA

Identificação da Clientela

Gestantes, parturientes e puérperas da região de Colombo, Fazenda Rio Grande e São Bento do Sul, as quais são atendidas no Hospital Maternidade Alto Maracanã.



Instrumentos

Entrevista semiestruturada, fichas, prontuário, livros técnicos, caneta e computador.

Procedimento

Nosso procedimento se deu por realizar as visitas nos quartos, preencher as fichas e repassar os dados para o Prontuário da Psicologia, obter a assinatura da supervisora local, participar da oficina de amamentação, fazer orientações sobre a amamentação caso necessário, oferecer atendimento e apoio para as pacientes e seus acompanhantes.

O procedimento variou de acordo com o local em que nos encontrávamos, por exemplo, no Centro Cirúrgico Obstétrico, constituído por cinco espaços (a sala do pré-parto, a sala de tratamentos, o ambiente para parto normal, a sala para a cesárea e a sala de atendimento ao neonato) foram realizados atendimentos informais, sem o preenchimento de dados e fichas, devido ao ambiente e momento conturbado pelo qual a mulher se encontrava no momento. Neste espaço foram normalmente realizados procedimentos de parto normal, cesárea e curetagem.

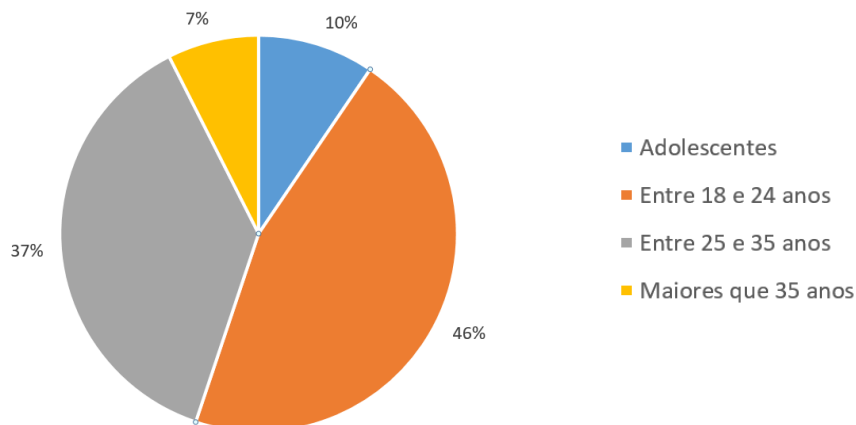
Já nos alojamentos, que são quartos com 2, 3 ou 6 leitos, nos quais as mulheres normalmente permanecem no pós-parto com os bebês, fizemos o procedimento habitual de colher os dados e realizar a escuta ativa sobre o momento o qual elas estavam vivenciando.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir da coleta de dados realizada com a população usuária do serviço do Hospital Maternidade Alto Maracanã, localizado em Colombo, tiveram-se as seguintes informações:

Figura 01

Idade





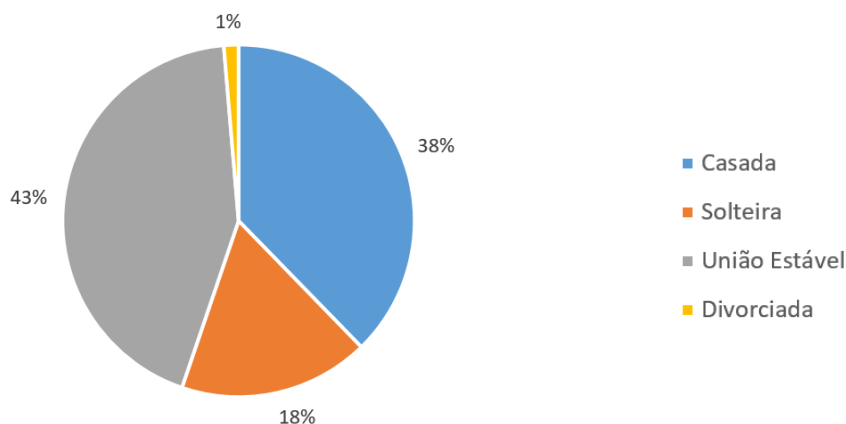
O gráfico acima (Figura 01) expõe a faixa etária do público atendido no Hospital Maternidade Alto Maracanã. Percebe-se a maior incidência de internação de mulheres entre 18 e 24 anos (46%), seguida da população entre 25 e 35 anos (37%).

Em contrapartida, apenas 7% das pacientes atendidas apresentam idade maior que 35 anos, o que vai de encontro com os indicadores sociodemográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010), que identificou uma mudança na fertilidade da mulher brasileira, já que houve um aumento da participação com relação a taxa de fecundidade de mulheres acima de 30 anos. Sobre este aumento, Oliveira et al. (2014) afirmam que o mesmo não é comum apenas em países desenvolvidos, como também nos que estão em desenvolvimento, como o Brasil. E o estudo realizado pelos autores mostra o crescimento de mulheres com gravidez tardia em classes econômicas baixas, como é o caso da população usuária do serviço apresentado.

Por fim, 10% da população atendida apresentou menos de 18 anos, se encontrando no período da adolescência. Sobre este fator, o Ministério da Saúde publicou dados mostrando que mesmo ainda tendo um alto índice, a gravidez na adolescência teve uma queda de 17% no Brasil do ano de 2000 para o ano de 2015, de acordo com o Sistema Nacional de Nascidos Vivos.

Figura 02

Estado civil



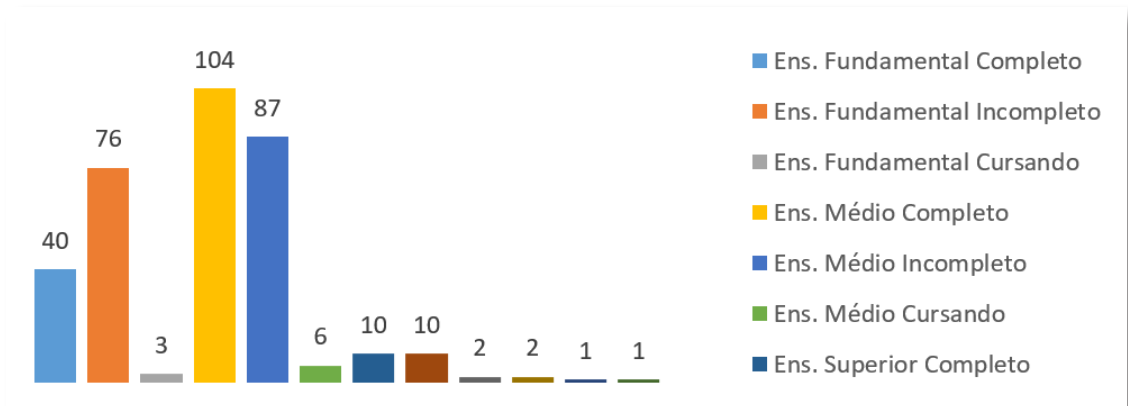
Na figura 02, é possível perceber a prevalência da União Estável como estado civil das usuárias da maternidade (43%). O art. 1.723 do Código Civil, retrata União Estável como uma entidade familiar entre homem e mulher, exercida de maneira contínua e pública, semelhante ao casamento. Reconhecida hoje em dia em situações nas quais os companheiros convivem de modo duradouro, em uma relação que nasce do afeto entre estas pessoas, sem um prazo certo para existir ou terminar. Percebemos de maneira clara também, a grande incidência de mulheres casadas (38%).



No entanto, apenas 1% das usuárias do hospital relataram “divorciada” como estado civil, enquanto 18% informaram estarem solteiras.

Figura 03

Escolaridade

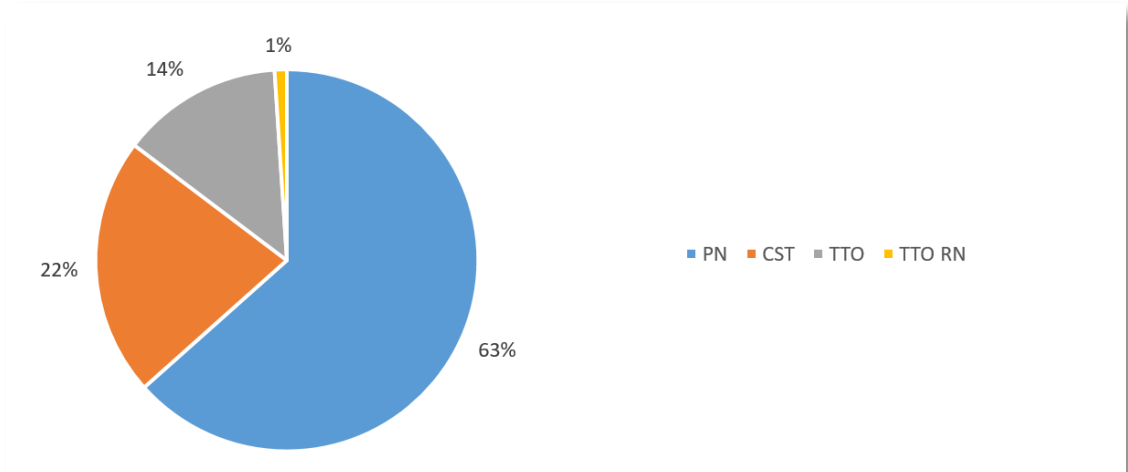


Sobre a escolaridade das mulheres atendidas no Hospital Maternidade Alto Maracanã, pôde-se perceber que a maioria delas possui Ensino Médio Completo, e em seguida com um valor um pouco menor o Ensino Médio Incompleto. Outro número que nos chama atenção é o de mulheres com o Ensino Fundamental Incompleto, que é o terceiro maior índice deste gráfico (Figura 03).

Em contrapartida, fica evidente a diferença de valores dos citados acima com a quantidade de pacientes cursando algum tipo de ensino, assim como as que possuem Ensino Superior Completo e Incompleto.

Figura 04

Causa de internamento





Na figura (04) é possível identificar que a maior causa de internamento é para o nascimento de bebês, entre parto normal, que é prevalente, e cesarianas, juntos estes ocupam 85% das causas de internamento, enquanto que o tratamento de gestantes equivale a 14% e tratamento somente do recém-nascido 1%.

Segundo o levantamento realizado por Veras e Mathias (2014) no Brasil, há uma estimativa de que, de todas as internações hospitalares de mulheres, cerca de 26,7% ocorreram por complicações obstétricas, sendo as causas mais recorrentes: trabalho de parto prematuro, hiperemese gravídica, infecção do trato urinário e doença hipertensiva específica da gestação.

Em estudo realizado no Paraná em 2010, foi identificado que em cada 100 partos financiados pelo SUS, ocorreram 37,8 internações por complicações durante a gestação, sendo que o parto e o puerpério tiveram um mínimo de 33,4 em mulheres com idade entre 15 a 19 anos. Outro levantamento realizado pelos mesmos autores, no mesmo período, identificou que por conta de complicações cerca de 9,1% das gestações resultam em aborto (VERAS; MATHIAS, 2014).

Figura 05

Número de Gestações

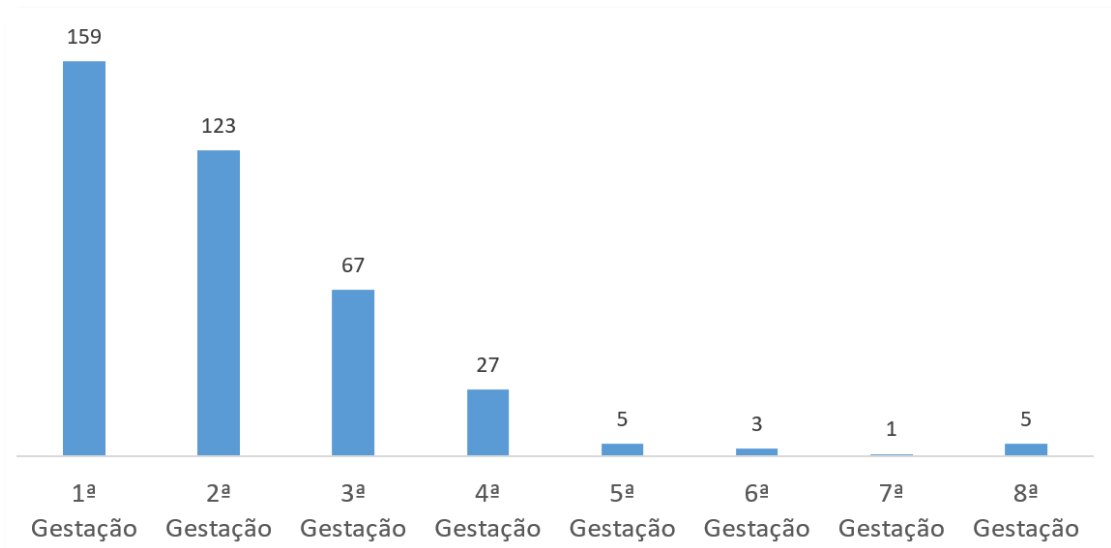
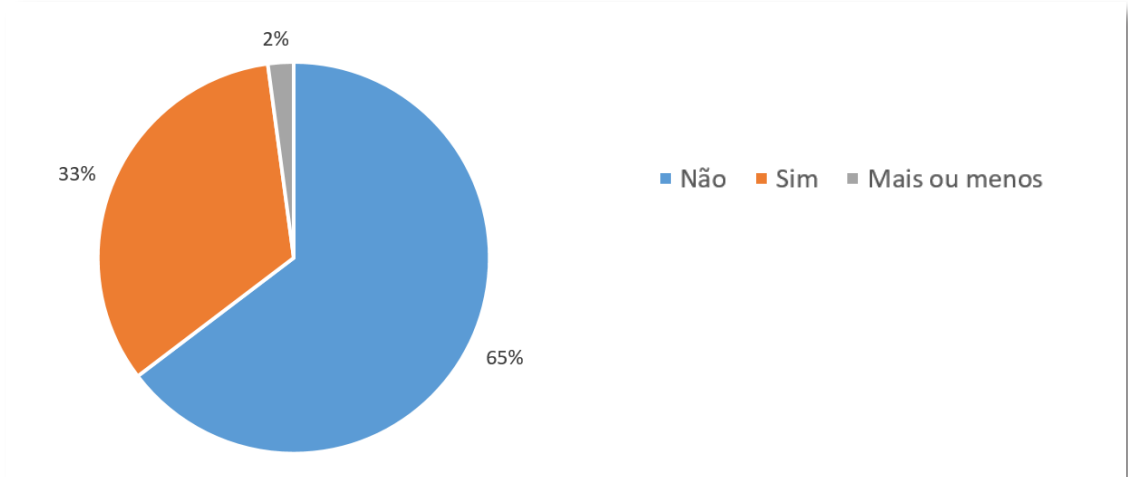




Figura 06
Gravidez Planejada



Nota-se na figura 05 e 06 que o número de mães de primeira e segunda gestação estão entre as mais ocorridas, bem como grande parte delas não planejaram ter esta gravidez. Segundo os autores Prietsch, Gonzales, Cesar e Mendoza (2011) a gravidez não planejada pode ser definida como uma gestação não planejada pelo casal ou pela mulher, quando ocorre em um momento inoportuno, de dificuldades. Os autores afirmam que essa ocorrência pode afetar nos cuidados com o bebê no período pré-natal, no aleitamento materno e na nutrição do bebê, aumentando as taxas de mortalidade materna e infantil. Embora pouco investigado, Prietsch, Gonzales, Cesar e Mendoza (2011) ressaltam que a gravidez não planejada pode aumentar as chances da mãe se tornar ansiosa ou depressiva no período puerperal.

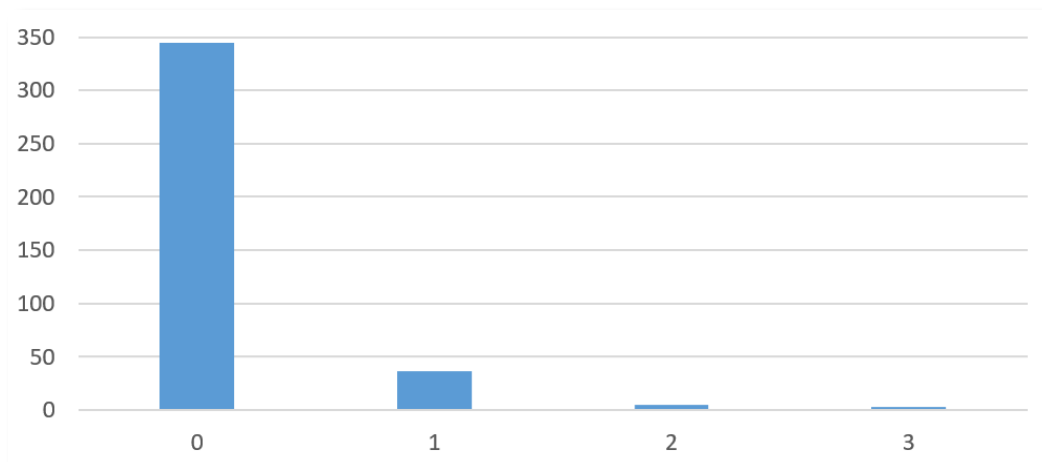
Conceição e Fernandes (2015) destacam em seus estudos que cerca de 66% das mulheres não desejam a gravidez em determinado momento, podendo gerar uma deficiência de vínculo mãe-bebê, por isso a importância do aleitamento materno, que é fundamental no estabelecimento de vínculos afetivos.

Como foi observado na maternidade, a campanha para o aleitamento materno é fortemente preservada e foram raros os casos em que a mãe não desejava amamentar seu filho, mesmo que a gravidez não tivesse sido planejada. O amparo dos profissionais diante dos fatos e intercorrências que surgiram no decorrer do tempo de estágio foi notável e quando havia necessidade de encaminhamento para a assistente social o caso era investigado e profissionalmente resolvido dentro dos parâmetros cabíveis ao hospital.



Figura 07

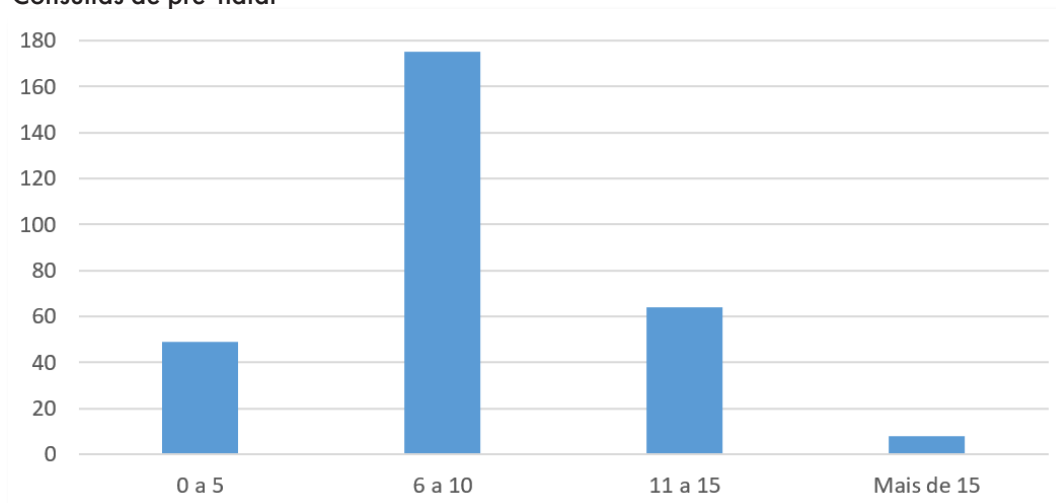
Perdas gestacionais



Ao observar o gráfico exposto na figura 07, referente à perda gestacional, nota-se que o número de pessoas que tiveram perda gestacional é relativamente pequeno em vista das que não perderam seus filhos, isso pode ser justificado porque nas últimas décadas houve uma estabilidade de mortalidade fetal. De acordo com Paris, Montigny e Pelloso (2016), esta taxa não se refere a uma questão de países poucos desenvolvidos ou não, entretanto, citam que algumas mortes poderiam ser impedidas se tivessem uma correta intervenção. Quando se diz respeito as mães que sofreram a perda, as autoras destacam que algumas mulheres superam a perda, mas outras podem se traumatizar, podendo desenvolver depressão, ansiedade, estresse pós-traumático entre outros problemas.

Figura 08

Consultas de pré-natal





Aqui, na figura 08, se constata que a maior incidência, das mulheres que realizaram o pré-natal, é de 6 a 10 consultas, sendo que é preocupante a quantidade de mulheres com média entre 0 e 5 consultas.

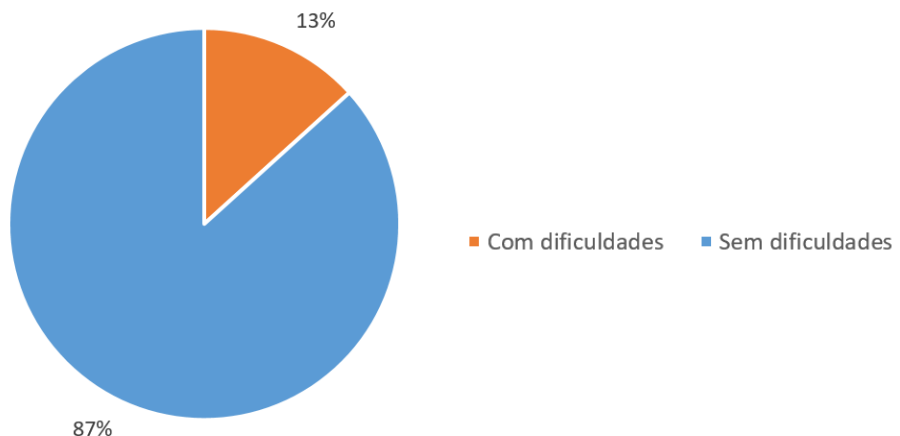
Para Landerdahl, Ressel, Martins, et. al. (2007) a gestação, é um fenômeno, primeiramente, fisiológico que na maioria das vezes evolui sem grandes intercorrências, mas que requer cuidados especiais, por isso é importante a assistência médica especializada que se dá com o pré-natal. Os pesquisadores explicam, ainda que, o pré-natal tem como função acolher a mulher desde o início da gravidez, buscando assim, ao seu término, o nascimento de uma criança saudável e também a garantia do bem-estar materno e neonatal, sempre que possível.

No Brasil, houve um aumento significativo na adesão do pré-natal após a adoção do Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento que se deu em 2000. A principal estratégia desse programa foi de garantir a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade da assistência ao pré-natal, parto, puerpério e aos recém-nascidos. Os estudiosos esclarecem que apesar da melhoria na cobertura e quase universalidade do pré-natal, um percentual da população alvo ainda hoje não recebe esse serviço (ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014).

De encontro com estas informações, é importante contextualizar que a não realização do pré-natal pode ter outros fatores intervenientes, como a resultados adversos da gestação e parto entre mães e recém-nascidos, problemas como sífilis congênita, morte neonatal e prematuridade. Além disso, foi constatado pelos pesquisadores que a idade materna (adolescência e idade mais avançada), a não convivência com companheiro, uso de álcool ou outras drogas na gravidez, falta de apoio familiar, contexto social adverso, experiências negativas de atendimento e concepções de descrédito sobre o pré-natal também são fatores decisivos na não realização do acompanhamento com equipe especialidade de saúde para o pré-natal (ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014).

Figura 09

Amamentação.



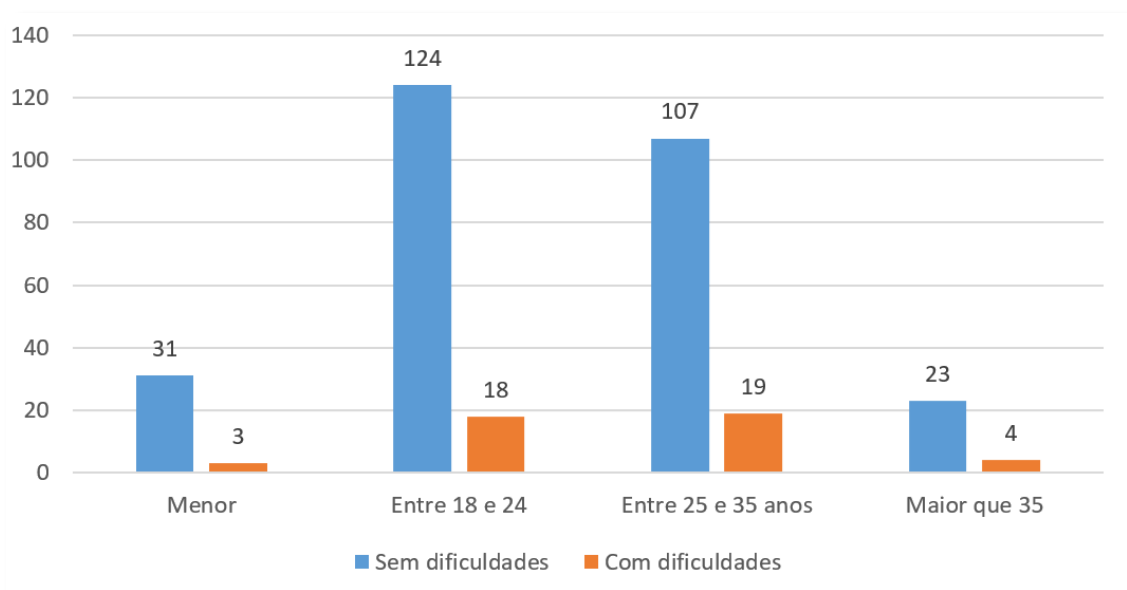


Com o auxílio da figura 09 podemos identificar que há um baixo índice de mães com dificuldade de amamentar seus bebês, 13%, quando comparado com os 87% das que não tiveram dificuldade, pode-se inferir que as mães que não apresentam dificuldades receberam adequadas orientações, durante o pré-natal, e durante a estadia na maternidade.

Segundo Boccolini, Carvalho, et.al (2010) a amamentação na primeira hora de vida é uma recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e corresponde ao Passo 4 da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como é o caso do Hospital Maternidade Alto Maracanã. Nesse sentido, a amamentação se apresenta como uma das estratégias prioritárias para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no Brasil e leva em consideração a melhor interação dos recém-nascidos com suas mães nos primeiros minutos de vida de modo que este contato favoreça o estabelecimento do vínculo mãe-bebê, assim como aumentar a duração do aleitamento materno.

Figura 10

Comparação entre idade e amamentação



Na figura 10, foi realizado um comparativo entre dificuldade ou não na amamentação e a idade das mães. Podemos perceber que o maior índice de dificuldade na amamentação está na faixa de 25 a 35 anos e que os menores índices de dificuldade estão entre as mulheres com idade superior a 35 anos. O que demonstra que maior ou menor idade não significa, necessariamente, mais ou menos dificuldade na amamentação do bebê, vista a proporção de mulheres de cada faixa etária.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio de psicologia realizado no Hospital Maternidade Alto Maracanã, trouxe diversas experiências para as estagiárias. Houve uma necessidade de aprender e entender a rotina de uma instituição hospitalar, conhecer o trabalho da equipe multiprofissional, respeitar e valorizar o mesmo, assim como a importância de cada especialidade para o bem-estar geral da paciente. Durante o período de estágio, tivemos que estudar e buscar informações, tanto em literatura como nas supervisões sobre a atuação do psicólogo em um ambiente hospitalar, e a relevância da profissão para estas pacientes.

Aprofundar o conhecimento na atuação do psicólogo hospitalar foi muito interessante, principalmente em um contexto singular como é o da enfermaria de obstetrícia. Em um ambiente no qual a maioria das pessoas não se encontra em um estado de enfermidade, e sim em um momento considerado natural da vida de uma mulher, tivemos que partir de uma busca ativa com as pacientes, praticando a escuta atenta e a validação dos sentimentos, tentando conhecer um pouco sobre a vida das mesmas, incluindo dados sobre este momento o qual estavam vivenciando.

Pudemos aprender muito com nossas vivências no Hospital Maternidade Alto Maracanã, experienciamos momentos de grande emoção, tristeza, alegria, entre outros que rodeiam um hospital em contexto de maternidade. Consideramos este estágio como uma oportunidade inesquecível e surpreendente, que trouxe novos olhares para a profissão do Psicólogo e sua importância em diversos campos.

REFERÊNCIAS

- Arrais, A. da R., & Mourão, M. A. (2013). Proposta de atuação do psicólogo hospitalar em maternidade e UTI neonatal baseada em uma experiência de estágio. *Psicologia e Saúde*, 5, (2), 152-164.
- Baptista, A. S. D., & Furquim, P. M. Enfermaria de Obstetrícia. In M. N. Baptista. (2014). *Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Boccolini, C. S., Carvalho, M. L., Oliveira, M. I. C., & Vasconcellos, A. G. G. (2010). Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Revista de Saúde Pública*, 45(1).
- Castro, E. K., & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão* (Brasília), 24(3), 48-57. Recuperado em 04 abril, 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932004000300007&lng=pt&nrm=iso
- Duarte, C. A. M., & Turato, E. R. (2009). Sentimentos presentes nas mulheres diante da perda fetal: uma revisão. *Psicologia em Estudo* (Maringá), 14(3), 485-490.



- Gorayeb, R. (2001). A prática da psicologia hospitalar. In M. L. Marinho, & V. E. Caballo (Orgs.). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Londrina: UEL.
- Gorayeb, R. et al. (2015). *A prática da psicologia no ambiente hospitalar*. Novo Hamburgo: Synopsys.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). *Censo demográfico 2010: resultados preliminares*. [Estudos e pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, 19]. Recuperado em 06 novembro, 2017, de http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2018&id_pagina=1.
- Landerdahl, M. C., Ressel, L. B., Martins, F. B., Cabral, F. B., & Gonçalves, M. O. (2007) A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma unidade básica de saúde. *Revista de Enfermagem*, 11(1).
- Oliveira, M. A. M., Sousa, W. P. S., Pimentel, J. D. O., Santos, K. S. L., Azevedo, G. D., & Maia, E. M. C. (2014). Gestantes tardias de baixa renda: dados sociodemográficos, gestacionais e bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Prática* (São Paulo), 16(3).
- Paris, F; Montigny, G; Pelloso, S. M. Fatores associados ao estado de luto após óbito fetal: estudo comparativo entre brasileiras e canadenses. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2016.
- Prietsch, S. O. M., Gonzales, C. D. A., Cesar, J. A., & Mendoza, R. A. (2011). Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(10), 1906-1916.
- Rosa, C. Q., Silveira, D. S., & Costa, J. S. D. (2014). Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. *Revista de Saúde Pública*, 48(6).
- Simonetti, A. (2018). *Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença* (8a ed.). Belo Horizonte: Artesã.
- Veras, T. C. S., & Mathias, T. A. F. (2014). Principais causas de internações hospitalares por transtornos maternos. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 48(3).