



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Faculdade de Ciências da Saúde – FACS
Curso de Psicologia

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR NO CENTRO OBSTÉTRICO

MARIA CECÍLIA DOS SANTOS QUEIROZ DA SILVA

Brasília
Junho / 2005.

MARIA CECÍLIA DOS SANTOS QUEIROZ DA SILVA

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR NO CENTRO OBSTÉTRICO

Monografia apresentada como
requisito para a conclusão da
graduação em Psicologia na
Faculdade de Ciências da Saúde do
Centro Universitário de Brasília
Professora Orientadora: Morgana
Queiroz

Brasília, Junho / 2005.

Aos meus pais, Queiroz e Goretti.

À minha irmã, Maria Luiza.

Ao meu amor, Gabriel.

Às amigas psicólogas,

Jacqueline Cláudia de Freitas,

Patrícia Pontes, Deyse Sobral,

Mariana Dias e Bárbara Monteiro.

AGRADECIMENTOS

A todas as pacientes atendidas durante o período de estágio, que me proporcionaram uma aprendizagem que nenhuma bibliografia seria capaz de proporcionar.

À professora Morgana Queiroz, que além de me orientar, sempre esteve ao meu lado, incentivando e valorizando o meu trabalho e me fazendo acreditar que eu conseguiria atingir os meus objetivos.

À equipe do Nat / HRAS, que propiciou a abertura do Estágio Supervisionado em Psicologia Hospitalar do UniCEUB.

Aos demais professores, em especial, Sandra Baccara, Ana Lúcia Palma, Tânia Inessa, Leonor Sampaio, Lacy Silva e Sandra Regina, que foram e continuam sendo modelos de profissionais e de pessoas para mim.

Aos colegas e amigos, com quem pude trocar idéias e experiências, durante todo o período de faculdade e que me ajudaram no meu processo de aprendizagem e crescimento pessoal.

Aos familiares e amigos, que sempre me apoiaram e acreditaram em mim.

Aos meus pais, Queiroz e Goretti, que me possibilitaram a realização deste sonho de ser psicóloga e que se dedicaram à minha educação com muito amor e responsabilidade.

A Deus, que sempre me sustentou e amparou nos momentos mais difíceis desta caminhada e que é a minha fonte de paz, amor e esperança.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
CAPÍTULO I - A PSICOLOGIA HOSPITALAR	8
CAPÍTULO II - O CENTRO OBSTÉTRICO CARACTERÍSTICAS GERAIS	11
CAPÍTULO III - A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR NO CENTRO OBSTÉTRICO	14
CAPÍTULO IV - RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO.....	23
CAPÍTULO V - ANÁLISE E REFLEXÃO SOBRE O RELATO.....	31
CONCLUSÃO.....	36
APÊNDICES.....	37
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

RESUMO

Esta monografia tem como objetivo apresentar reflexões sobre a construção de um modelo de atuação do Psicólogo Hospitalar no Centro Obstétrico. Para atingir o objetivo deste trabalho, foi feita uma introdução à Psicologia Hospitalar e uma apresentação das características gerais do Centro Obstétrico. Foi descrita a atuação do psicólogo neste contexto, por meio de alguns relatos de casos de pacientes atendidas durante o período de estágio. Algumas reflexões foram feitas, a partir deste modelo desenvolvido, como, por exemplo, reflexão sobre a necessidade de uma preparação emocional e técnica adequada do psicólogo que deseja trabalhar nesta área, bem como um profundo conhecimento sobre o setor e as rotinas hospitalares, a falta de preparo dos profissionais da saúde para a presença do psicólogo no Centro Obstétrico, dentre outros. Conclui-se que ainda há muito para ser feito pelo psicólogo hospitalar no Centro Obstétrico; que o trabalho do psicólogo neste setor é de fundamental importância no que se refere na diminuição do sofrimento das pacientes; que é fundamental o apoio da equipe de saúde e a interação com esta; e que o atendimento psicológico às gestantes no Centro Obstétrico deve ser a continuação de um trabalho que deveria ter se iniciado juntamente com o pré-natal. Sugerem-se algumas pesquisas na área, como pesquisas junto às pacientes sobre seus maiores medos, preocupações e angústias referentes à gravidez, ao parto e à maternidade; pesquisa junto à equipe sobre as maiores necessidades da gestante em trabalho de parto; e pesquisa sobre técnicas que podem ser utilizadas durante o trabalho de parto, que proporcionem algum bem-estar ou alívio para a paciente.

INTRODUÇÃO

Esta monografia tem como objetivo geral apresentar reflexões sobre a construção de um modelo de atuação do Psicólogo Hospitalar no Centro Obstétrico (CO). O modelo proposto foi desenvolvido pelos estagiários do projeto de Psicologia Hospitalar do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB) no Hospital Regional da Asa Sul (HRAS), Brasília-DF, sob supervisão da professora Morgana Queiroz, no segundo semestre de 2004 e no primeiro semestre de 2005. Estabelecemos os seguintes objetivos específicos: (1) fazer uma introdução sobre a Psicologia Hospitalar e o papel do psicólogo no contexto hospitalar; (2) apresentar as características gerais de um Centro Obstétrico; (3) apresentar um relato de experiência de estágio no Centro Obstétrico do HRAS, bem como uma análise e reflexões sobre o relato.

O Psicólogo no Centro Obstétrico atua desde o acolhimento à gestante até o acompanhamento após o parto, trabalhando diversas questões como o medo e a ansiedade relacionados ao momento do parto, proporcionando um espaço para exteriorização e elaboração de sentimentos e dificuldades emocionais vivenciados no contexto hospitalar.

O estudo da atuação do Psicólogo Hospitalar no Centro Obstétrico se faz necessário por diversos fatores. Destacam-se, em especial, neste estudo duas dimensões: A primeira é a escassez de material publicado sobre o assunto. Outra dimensão é a configuração de medos, angústias e fantasias da mulher nos momentos que antecedem o processo de parto, como medo de perder o bebê, medo de não sobreviver, receio de ter uma infecção, etc., que devem ser trabalhados da melhor maneira possível, visando um parto com menos dor e sofrimento. Além disso, algumas intercorrências podem ocorrer, como óbito fetal, natimortalidade e má formação do feto, que trazem grande sofrimento à mãe, necessitando esta, muitas vezes, de um apoio psicológico, para uma melhor elaboração da perda. Nesse sentido, implementação de um estudo mais aprofundado é fundamental para se construir diferentes modelos de intervenção com o intuito de propiciar apoio psicológico de forma adequada e eficaz às mulheres no Centro Obstétrico.

Para tratar deste tema, será feita uma introdução à Psicologia Hospitalar, explicando seus objetivos, bem como à atuação do Psicólogo no Hospital, no Capítulo I.

No Capítulo II, será realizada uma explanação sobre as características gerais de um Centro Obstétrico, envolvendo a estrutura física do Centro Obstétrico, a forma de funcionamento, os instrumentos e materiais utilizados e a composição da equipe.

Será descrita e discutida a forma de atuação do psicólogo hospitalar no Centro Obstétrico, apontando desde a postura deste profissional até os procedimentos e técnicas por ele utilizadas, no Capítulo III.

No Capítulo IV, será feito um relato de experiência de estágio, exemplificando os vários tipos de atendimentos realizados em um Centro Obstétrico.

Será ainda, feita análise e reflexão sobre este relato, no Capítulo V, discutindo as temáticas mais importantes percebidas durante o período de estágio, bem como alternativas ao modelo existente.

Por fim, na conclusão, serão apresentadas reflexões e sugestões de pesquisa na área.

CAPÍTULO I

A PSICOLOGIA HOSPITALAR

Campos, (1995), acredita que a Psicologia, sendo uma ciência, deve contribuir para a saúde do indivíduo. Logo, se faz necessário que esteja presente também na instituição hospitalar, tendo em vista que esta instituição é um espaço de promoção de saúde.

Angerami (2002) afirma que a psicologia hospitalar tem como principal objetivo minimizar o sofrimento provocado pela hospitalização/ internação e mais do que isso; trabalhar as seqüelas e decorrências emocionais dessa hospitalização. O psicólogo deve priorizar a elaboração do paciente sobre essa situação de hospitalização.

Para Campos (1995), o psicólogo, atuando no hospital, busca a promoção, prevenção e recuperação do bem-estar do paciente, no seu todo, englobando os aspectos psicossociais. A autora ainda acrescenta que, o psicólogo, como profissional de saúde, tem um papel importante na humanização da instituição hospitalar. Para ela, os objetivos do psicólogo hospitalar devem abranger a assistência psicológica ao paciente e seus familiares, a produção de conhecimentos psicológicos na área e a contribuição para o trabalho dos outros profissionais da saúde.

Além da assistência psicológica ao paciente e seus familiares, outros autores afirmam que também é papel do psicólogo hospitalar fornecer informação ao paciente e mediar as relações paciente/ equipe, paciente/ família e família/ equipe.

Na assistência psicológica ao paciente, a autora acredita que devam ser trabalhados os medos e angústias referentes à internação, à rotina hospitalar e aos procedimentos aos quais será submetido. Além disso, o psicólogo hospitalar deve viabilizar um espaço para o paciente participar e perguntar, não guardando para si nenhuma dúvida. Os pacientes que recebem esclarecimento a respeito dos procedimentos aos quais serão submetidos tendem a ficar menos ansiosos e mais cooperativos com a equipe de saúde, tendo inclusive, um melhor tratamento e uma

melhor recuperação. Deve-se ainda criar condições, para que o paciente atue de forma ativa no seu processo de reintegração física, psicológica e social, agindo, intervindo, manifestando-se (Campos, 1995).

Cada paciente tem uma história singular, que o fará vivenciar sua internação também de uma forma particular. Dessa maneira, o psicólogo deverá conhecer tais particularidades, para poder dar a assistência necessária ao paciente, trabalhando com a sua subjetividade. Se o paciente perceber que há alguém interessado em compreendê-lo, sentir-se-á mais seguro, amparado, aceito e assistido integralmente e enfrentará a situação de internação, parto ou cirurgia de uma maneira mais saudável, conscientizando-se do que é real e do que é fantasia. (Campos, 1995).

No hospital, a rotina de trabalho do psicólogo é diferente da rotina da clínica ou da escola, por exemplo. O psicólogo deve ir ao encontro do paciente e não apenas esperar que outro profissional o encaminhe ou que o paciente solicite atendimento. Com a sua formação e a sua experiência, o psicólogo desenvolve uma escuta diferenciada, sendo-lhe, mais fácil discernir quais pacientes estão mais sensibilizados com o processo de adoecimento e com a hospitalização e que necessitam de um acompanhamento psicológico.

Uma peculiaridade do trabalho do psicólogo no hospital é a ausência de um *setting* terapêutico bem definido e preciso. Os atendimentos podem ser realizados nas enfermarias, nos corredores ou em alguma sala de prescrição médica. Muitas vezes, são interrompidos por outros profissionais do hospital, seja para a realização de algum procedimento, seja para processo de limpeza e assepsia hospitalar, dentre outros. O atendimento deverá, então, levar em consideração todos esses fatores e muitos outros que podem surgir no contexto hospitalar (Angerami-Camon, 2002).

O psicólogo hospitalar precisa formular objetivos e ter uma atuação e um instrumental bem definidos e próprios para o contexto do hospital, considerando suas peculiaridades e limitações, como regras, rotinas, condutas específicas, dinâmicas, espaço físico e tempo disponível para atendimento, a demanda de pacientes e o tempo de internação (Angerami-Camon, 2002).

No contexto hospitalar, o psicólogo precisa, em um único atendimento, iniciar e finalizar um trabalho, pois a rotatividade dos pacientes é muito grande, assim,

possivelmente, na visita seguinte, o paciente já terá recebido alta. Por isso, o psicólogo não deve deixar o trabalho em aberto, pois o paciente que está hoje no hospital pode não estar amanhã. E um trabalho pela metade pode trazer danos ao paciente. Desse modo, o psicólogo deve empreender esforços para realizar o seu trabalho no tempo que o paciente estiver internado.

Para realizar bem seu trabalho, o psicólogo hospitalar precisa inserir-se nas equipes de saúde, e, verdadeiramente, interagir com elas, não sendo apenas mais um membro da equipe. É muito importante a sua participação na discussão dos casos, além de uma avaliação psicológica compartilhada com os outros membros da equipe, realize uma troca de informações sobre o paciente e mantenha registros sobre o paciente no prontuário. Esta interação auxilia na delimitação do papel do psicólogo e na construção de sua identidade, bem como no estabelecimento de novos fluxos de comunicação (Angerami-Camon, 2002). E evidentemente, esta inserção traz benefícios ao paciente, que é percebido como um todo e é atendido melhor nas suas necessidades.

O psicólogo pode atuar nos diversos setores do hospital, como cardiologia, oncologia, pediatria, pronto-socorro, UTI, centro obstétrico, dentre outros. Como o foco deste trabalho é a atuação do psicólogo hospitalar no centro obstétrico, no próximo capítulo serão apresentadas as características gerais de um centro obstétrico e o seu modo de funcionamento.

CAPÍTULO II

O CENTRO OBSTÉTRICO

CARACTERÍSTICAS GERAIS

Para uma melhor visualização do local de trabalho do psicólogo proposto por esta monografia, neste capítulo serão apresentadas as características gerais de um Centro Obstétrico. Devido à escassez de material sobre este tema, foi realizada uma entrevista com um profissional da saúde, um médico-obstetra.

O Centro Obstétrico é dividido em sala de admissão, sala de observação, sala de parto normal, sala de parto normal de alto risco, centro cirúrgico e sala de observação pós-cirúrgica. Na sala de admissão, as pacientes são identificadas, são realizados anamnese e exame físico e identificadas situações de risco materno ou fetal (Basegio, 2000) ou as condições da mulher, se esta não for gestante. Se a mulher e o bebê estiverem bem e ainda não chegada a hora do parto ou se a mulher que procurou o hospital estiver em condições, serão liberados para irem para casa.

Depois de verificada a necessidade de algum tipo de procedimento ou de observação, a paciente é encaminhada para a sala de parto normal ou para a sala de observação. As pacientes que já estão em trabalho de parto e que se encontram em boas condições ficam na sala de parto normal, onde é realizado o acompanhamento evolutivo pelo obstetra ou auxiliar de enfermagem, até o parto. As que têm algum fator de risco para o parto, como risco de perder o bebê, risco de parto prematuro, mulheres com diabetes ou hipertensão, são encaminhadas para a sala de parto normal de alto risco.

No caso de cesárea ou algum outro tipo de procedimento cirúrgico, como curetagem e histerectomia, as mulheres são levadas ao centro cirúrgico. Após as cirurgias, ficam em observação em uma sala dentro do centro cirúrgico, para aguardar a recuperação da anestesia, onde também são acompanhadas por um obstetra ou auxiliar de enfermagem.

De acordo com Ziegel (1985), é muito importante, que no Centro Obstétrico se mantenham técnicas de assepsia, para prevenir as infecções tanto da mãe quanto do bebê. A mulher em trabalho de parto e o recém-nascido ficam muito suscetíveis às infecções vindas do meio externo. Então, faz-se necessário que toda a equipe utilize uniformes limpos de algodão, gorros, para evitar a queda de cabelos no campo esterilizado e uma máscara que deve ser trocada, pelo menos, de hora em hora, para prevenir infecções causadas por gotículas provenientes da boca e do nariz. Mesmo com a máscara, qualquer membro da equipe que esteja com uma infecção bacteriana não deve participar do parto, para não transmitir a infecção à mãe ou ao bebê. Outra medida de assepsia adotada no Centro Obstétrico é a freqüente lavagem das mãos, com sabão ou detergente contendo hexaclorofeno (G-11) ou outro agente bacteriostático. Além dos uniformes da equipe, tudo o que toca a região perineal ou que é usado diretamente para o parto, como luvas, aventais, instrumentais, campos, compressas e gazes, deve ser esterilizado.

Muitos instrumentos e materiais são necessários em um Centro Obstétrico: aparelhos de anestesia, agentes e materiais anestésicos; luvas, aventais, campos; instrumentos e materiais de sutura; fórceps obstétrico; equipamentos e materiais para administração de fluidos intravenosos, para transfusão de sangue e administração de medicamentos; dispositivos para aspiração tanto para a mãe quanto para o bebê e um fornecimento de oxigênio para ambos; luzes para chamadas de emergência ou sinais e instalações para uma boa iluminação e para um bom controle da temperatura (Ziegel, 1985).

Além desses, há a mesa de parto que, em geral, “consiste de duas partes contíguas que podem ser separadas facilmente; é equipada com estribos e com braçadeiras; e é ajustável para várias alturas e posições”. Na maioria das vezes, a mãe é colocada deitada, com as pernas nos estribos, para a fase de expulsão do bebê, sendo que a metade inferior da mesa é encaixada por debaixo da parte principal, para que haja um acesso mais fácil à área perineal (Ziegel, 1985).

Há, ainda, os equipamentos de assistência ao recém-nascido: berço aquecido ou incubadora e cobertores mornos; pinça para o cordão umbilical; material para identificação; solução de nitrato de prata, penicilina ou tetraciclina para os olhos;

equipamento para aspiração, administração de oxigênio e intubação, caso o bebê necessite de reanimação.

A equipe deve ser composta por médicos obstetras, enfermeiros, enfermeiros obstetras, auxiliares de enfermagem, médicos neonatologistas, radiologista e auxiliar de serviços gerais e residentes, no caso de hospitais-escola, além do psicólogo hospitalar.

No próximo capítulo, será apresentado o modelo de atuação dos estagiários de psicologia hospitalar no Centro Obstétrico do Hospital Regional da Asa Sul.

CAPÍTULO III

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR

NO CENTRO OBSTÉTRICO

O objetivo da inserção do psicólogo no Centro Obstétrico é oferecer um atendimento mais global à parturiente, não ficando este atendimento limitado aos cuidados médicos e à equipe de enfermagem. Tendo em vista que o ser humano é um ser biopsicossocial, a mulher, neste momento tão marcante em sua vida, que é o nascimento de um filho, não pode ser vista apenas como um ser biológico. Devem ser considerados, entre outros aspectos significativos, toda a sua história de vida, seus aprendizados, suas expectativas, seus medos e angústias.

O psicólogo deve estabelecer, com a parturiente, uma relação simétrica, que supõe igualdade, respeito e confiança mútua. Se isso não ocorre, predomina o caráter impessoal do relacionamento e a possibilidade de oferecer uma assistência mais global fica bastante limitada (Maldonado, 2002).

O trabalho do psicólogo no Centro Obstétrico não pode ser um trabalho isolado. Este profissional deve atuar interagindo com toda a equipe de saúde e ir buscando, cada vez mais, o seu espaço. É importante ressaltar, que o paciente é o paciente de toda a equipe e não de um único profissional. Portanto, as informações devem ser compartilhadas e as intervenções, discutidas. Segundo Baptista (2003), um dos objetivos do psicólogo na saúde é favorecer o trabalho interdisciplinar, criando espaços de troca, além de possibilitar relações humanas mais saudáveis entre os membros da equipe e entre a equipe e o paciente, neste caso, a parturiente.

O psicólogo deve ter uma postura ética, seguindo as orientações do Código de Ética Profissional do Psicólogo. Deve, também, constantemente, questionar e avaliar a sua atuação, objetivando, sempre, um trabalho mais consistente e que atenda às reais necessidades das parturientes e outras mulheres internadas no Centro Obstétrico. Esta postura ética e reflexiva é fundamental para o trabalho em equipe e o relacionamento com outros profissionais.

Além dessa postura, o psicólogo deve tomar o cuidado de não julgar ou criar preconceitos em relação às pacientes. Há, na sociedade, muitos estereótipos, preconceitos e pré-julgamentos referentes à gravidez, gravidez na adolescência, complicações no parto, dentre outros. Contudo, o psicólogo, apesar de viver nessa sociedade, não pode deixar que esses fatores ou outros valores pessoais interfiram de forma negativa nos atendimentos psicológicos no hospital. Caso o profissional permita que isto aconteça, não conseguirá aproximar-se da paciente e prestar a ajuda de que ela realmente necessita.

O psicólogo não deve impor seus valores e crenças às pacientes. Mesmo não concordando com a forma de pensar destas, deve fazer seu trabalho respeitando a paciente em sua forma de pensar, agir e sentir.

Assim como os outros profissionais, o psicólogo deve tomar todos os cuidados com higiene e assepsia, como, por exemplo, o uso de roupas adequadas, visando o seu bem estar físico, para não adquirir nenhum tipo de patologia. Além de proteger a si, o psicólogo deve ter todos esses cuidados com a paciente, para que esta não sofra nenhum tipo de contaminação, bem como o seu bebê.

Caso o psicólogo não saiba lidar bem com a rotina hospitalar de higienização, seu trabalho pode ficar prejudicado. Deve ele estar atento a essa rotina, mas não pode deixar que essa preocupação supere sua atenção à paciente e ao atendimento desta.

O modelo utilizado pelos estagiários de psicologia no HRAS é composto de alguns procedimentos e técnicas. Este capítulo se propõe a apresentá-los. Vale destacar que, na verdade, muitos desses procedimentos estão interligados e se configuram como interdependentes.

Ao chegar no Centro Obstétrico, o psicólogo, antes de realizar suas intervenções, deve reunir-se com a equipe, tomar conhecimento dos casos e verificar se há alguma paciente que necessite atendimento emergencial. Caso haja algum caso mais complicado, o ideal é que este seja atendido primeiramente. Até mesmo, porque, muitas vezes, pacientes consideradas pela equipe como pacientes difíceis, acabam por atrapalhar o trabalho dos profissionais e interferir na rotina do Centro Obstétrico. E, além disso, dependendo da situação, podem, ainda, assustar as outras pessoas internadas.

O atendimento à parturiente se inicia no momento de sua chegada ao Centro Obstétrico. De acordo com Enkin e *cols.* (2005), a parturiente chega à enfermaria de pré-parto trazendo consigo muita expectativa, medo e incerteza sobre o parto. Ela se sente e, realmente, está bastante vulnerável. Deve, então, ser recebida e apoiada pelos profissionais da equipe, incluindo o psicólogo. Neste primeiro contato com a futura mãe, deve-se fazer o acolhimento, ou seja, o profissional deve apresentar-se, fornecer algumas informações e colocar-se à disposição para ajudá-la. Este acolhimento é fundamental, para que a mulher se sinta à vontade para verbalizar seus medos, angústias, dúvidas e outros sentimentos que possa estar manifestando no momento, permitindo-lhe sentir-se mais segura, amparada e apoiada.

Contudo, é importante destacar, que se deve verificar junto à paciente, se ela deseja o atendimento psicológico. Mesmo acreditando que o atendimento trará benefícios à mulher, o psicólogo não pode impô-lo. Por isso, é necessário que, ao se apresentar, o psicólogo questione a paciente sobre sua vontade de receber o atendimento e respeite a sua vontade, caso ela não deseje ser atendida. O psicólogo deve se certificar, também, se a paciente compreende qual é a atuação do psicólogo naquele contexto, pois, alguém só pode aceitar ou recusar alguma coisa se entender o que isso significa (Angerami-Camon, 2004).

Além de aceitar ou recusar a intervenção, a paciente deve saber que, a qualquer momento, poderá interromper o atendimento, se assim desejar. Todavia, o psicólogo deve procurar, sempre, fazer um fechamento do trabalho iniciado, para que o atendimento não traga conseqüências negativas ou deixe algum tipo de seqüela.

A orientação, que já se começa no acolhimento, é um outro procedimento adotado. O psicólogo pode orientar a gestante a tirar todas as suas dúvidas a respeito do parto e do bebê com os médicos, bem como orienta-la a focalizar suas atenções para si e para o seu bebê, deixando para depois a preocupação com o que está do lado de fora da maternidade. A parturiente é orientada para informar à equipe tudo o que estiver sentindo, pois pode ser importante para o trabalho da equipe. Baptista (2003) afirma que a orientação pode proporcionar mudança e/ ou controle de comportamentos no sentido de auxiliar a gestante.

O mesmo autor afirma que dar informação à gestante diminui a ansiedade, considerando que ela passa a conhecer melhor os eventos estressores. Contudo, não são todas as mulheres que desejam receber informações. Por isso, é importante perguntar o que elas desejam saber.

Além das informações referentes ao quadro clínico da paciente e do bebê (que devem ser informados pelo médico) o psicólogo, juntamente com a equipe, deve informar à paciente sobre a rotina hospitalar, os procedimentos da equipe e as normas do hospital e certificar-se de que a paciente compreendeu as informações recebidas.

Relacionado à orientação, o psicólogo pode utilizar o incentivo para apoiar a parturiente. Segundo Enkin e cols. (2005), o apoio emocional pode incluir elogios e incentivos. Algum tipo de reforço aos esforços da parturiente no momento do parto pode ser útil e fazer com que esta se sinta valorizada.

Durante o atendimento, a mulher, além de ser acolhida, orientada e incentivada, deve ter um espaço para verbalizar seus medos, angústias, preocupações, sentimentos e tudo mais que, para ela, seja importante naquele momento. O psicólogo deve ouvir atentamente, mostrando-se interessado em escutá-la e, na medida do possível, ajudá-la a buscar respostas e encontrar novas alternativas para o enfrentamento da situação. As questões trazidas pela paciente devem ser discutidas e trabalhadas, a fim de trazer tranquilidade e alívio do sofrimento, caso este esteja presente. Entretanto, deve ficar claro, tanto para a paciente quanto para o psicólogo, que este profissional não está ali para fazer psicoterapia, e sim, para dar apoio e suporte possíveis para aquele contexto.

O psicólogo pode ainda apoiar emocionalmente a parturiente no momento do parto. Na ausência do marido, companheiro ou outra pessoa de confiança da gestante, o psicólogo pode atuar ao lado desta, auxiliando a comunicação entre ela e o obstetra e incentivando e valorizando o esforço e trabalho por ela desempenhados. Mesmo na presença de uma pessoa de confiança da mulher, o psicólogo é importante, também no sentido de valorizar seu esforço e seu trabalho, assim como os do seu acompanhante, auxiliando a mulher e a pessoa que a acompanha a se comunicarem com a equipe de saúde e, ainda, dando suporte ao acompanhante, que também vivencia um momento incomum na sua vida, tanto por estar em meio à rotina hospitalar, quanto por estar

presenciando um acontecimento singular na vida de um ente querido, que pode ser uma cirurgia ou um parto, dentre outros.

De acordo com Enkin e *cols.* (2005), um erro ou anomalia durante o parto é recebido como um grande choque pelos pais, que muitas vezes entram em pânico. Estes podem sofrer muito com o sentimento de perda do bebê saudável que esperavam, podem perder a fé na medicina moderna e nos médicos e a crença em sua própria capacidade de produzir um bebê normal. Surge aí um luto por um recém-nascido gravemente enfermo ou deficiente. E para que a elaboração do luto ocorra, os pais, normalmente, passam por algumas fases: choque e pânico, negação, tristeza, culpa, raiva, barganha e aceitação. O psicólogo, ainda no Centro Obstétrico, pode auxiliar neste processo.

Após um parto de um bebê natimorto ou com anomalias, o psicólogo, junto com a equipe, estimula o contato dos pais com o bebê. No caso do bebê natimorto, o contato auxilia no sentido dos pais não criarem fantasias em relação ao bebê que não sobreviveu. Há relatos de mães que não viram seus filhos mortos afirmarem que acham que, na verdade, o bebê não morreu. Enkin e *cols.* (2005) afirmam, ainda, que pode ser particularmente difícil resolver o luto quando o bebê nasce morto, porque não há objeto concreto a prantear, o bebê nunca viveu fora do útero, não há memórias para ajudar. Os problemas tornam-se mais graves se o natimorto for retirado rapidamente da sala de parto, antes que os pais vejam o bebê, e se o hospital assumir os preparativos para o funeral. Por isso, a importância desse contato entre os pais e o bebê morto.

Já no caso do bebê com algum tipo de doença ou deficiência, o contato é importante, para que eles comecem a diferenciar o bebê sonhado, o bebê saudável que esperavam, do bebê que eles terão que cuidar. Além disso, é necessário que, o mais rápido possível, se inicie a construção do vínculo afetivo, para que os pais consigam cuidar desse bebê que é diferente do que eles esperavam.

Nestes casos, então, o psicólogo, oferece aos pais a oportunidade de conversar sobre a morte ou a anomalia do bebê e sobre as possíveis maneiras de encarar a nova situação, de forma que se sintam acolhidos e valorizados na sua dor.

O psicólogo no Centro Obstétrico trabalha, também, fazendo encaminhamentos de mulheres à psicoterapia. Algumas mulheres, após um parto

traumático, um nascimento de bebê com má formação ou natimorto, ou após um procedimento cirúrgico, entram em algum tipo de crise ou estresse e necessitam de um acompanhamento psicoterápico, para ressignificar o trauma, elaborar o luto ou trabalhar outras questões ligadas à maternidade, à perda do bebê idealizado, dentre outros.

De acordo com Maldonado (2002), a solução encontrada por uma pessoa para elaborar uma crise pode ser saudável, levando a uma melhora com um novo nível de integração e amadurecimento da personalidade; ou doentia, levando a uma piora com um maior grau de desintegração, desorganização e desajustamento da personalidade. Por isso, a ajuda neste momento de estresse deve ser eficiente, com o intuito de possibilitar uma melhora e encorajar a livre expressão dos sentimentos de tristeza, ansiedade, ou quaisquer outros sentimentos, para que possam ser elaborados e superados de fato. Assim, muitas vezes, o acompanhamento psicoterápico em tais circunstâncias se faz, especialmente, necessário, não sendo suficiente o atendimento no Centro Obstétrico.

Algumas técnicas foram utilizadas durante os atendimentos, como relaxamentos e visualizações. Estas técnicas devem ser adequadas à paciente, à situação de hospitalização e objetivam efeitos benéficos no controle da ansiedade e outros fatores estressores.

Os relaxamentos podem ser utilizados em diversas situações em um Centro Obstétrico. Podem auxiliar mulheres que estejam muito ansiosas e por este motivo, não estejam conseguindo dormir, urinar, defecar, permitir a saída do bebê, dentre outras situações. Existem, basicamente, dois tipos de relaxamento: o físico (que consiste apenas em relaxar a musculatura) e o mental (que consiste num relaxamento mais profundo, o qual utiliza visualizações e meditações).

O relaxamento é induzido por uma série de instruções dadas pelo psicólogo. As instruções devem ser claras e suaves. O psicólogo solicita que a mulher relaxe cada uma das partes do corpo, paulatinamente, e que esteja sempre atenta à respiração. A paciente deve estar na posição mais confortável possível e estar disposta a se envolver no exercício. Existem pessoas que não conseguem se entregar a um relaxamento. O ideal para um relaxamento é um ambiente tranqüilo, onde não haja interrupções bruscas. Contudo, em um Centro Obstétrico, isso não é sempre possível. Todavia,

mesmo na ausência de condições ideais, é possível obter sucesso em uma indução de relaxamento.

A visualização é uma técnica, que, normalmente, acompanha o relaxamento. De acordo com Davis (1996), as pessoas podem reduzir, significativamente, o estresse com algo extremamente poderoso, que é a imaginação. Para superar a tensão, o indivíduo pode refocalizar sua mente em imagens positivas e curativas. Para os autores, a visualização é eficaz no tratamento de muitas doenças físicas e relacionadas ao estresse e ansiedade, provocados por situações específicas.

As visualizações podem ser induzidas pelo psicólogo, ou então, o psicólogo pode orientar a paciente a recorrer às visualizações nos momentos mais difíceis, como por exemplo, durante as contrações.

Para uma visualização realmente benéfica, são necessários um bom vínculo, um relaxamento físico e mental, uma boa respiração e, ainda, que seja respeitado o ritmo da paciente, não sendo a visualização, nem muito rápida e nem muito devagar.

As visualizações ajudam, também, no sentido de “tirar” a paciente do hospital e “levá-la” a um ambiente onde ela se sinta mais segura e confortável. Com a imaginação, a mulher pode se ver em um lugar mais acolhedor e esquecer por alguns instantes o ambiente em que se encontra de fato, e então, diminuir a ansiedade, o medo e outros sentimentos que podem estar sendo maléficos para ela naquele momento.

No Centro Obstétrico, algumas visualizações sugeridas pelo psicólogo são, por exemplo: imaginar o apoio do marido, quando a paciente se queixa de não poder estar com o marido naquele momento; imaginar o bebê que está por vir em seus braços, quando o foco da atenção está apenas na dor ou na fome; dentre outras.

A descontração não é uma técnica, mas, sempre que possível, o psicólogo deve procurar criar um ambiente descontraído, levando a paciente a sentir-se mais tranqüila e um pouco mais animada. O psicólogo deve avaliar o nível de tensão do ambiente e procurar fazer comentários ou questionamentos que levem a uma diminuição desta tensão. Segundo Davis (1996), o riso diminui a tensão física e emocional, estimula os sistemas circulatório, respiratório, vascular e nervoso. “Quando os espasmos interiores cedem, a liberação da pressão diminui e a tensão muscular cria

uma sensação de bem-estar”, o que pode ser muito útil nos momentos que antecedem um parto ou uma cirurgia. De acordo com os autores, é difícil permanecer ansioso quando se está rindo. O riso desvia a atenção de si e da situação desagradável, neste caso, da ansiedade, da dor, do sofrimento.

É importante destacar, além disso, que não há um tempo determinado de atendimento. A duração do atendimento depende de inúmeros fatores, como vontade da paciente de falar, condições físicas (como a intensidade de dor sentida), ansiedade, necessidade de verbalização, sentimento de solidão, número de pacientes a serem atendidas, etc.

O silêncio, muitas vezes, pode ser útil e ter vários significados. Em algumas ocasiões, para a paciente, o importante não é falar ou ouvir e sim ter alguém por perto, que lhe dê suporte, que lhe passe segurança.

O silêncio é muito eficaz nos momentos em que a parturiente está sentindo muita dor. Quando ela sente uma contração, de nada adianta o psicólogo continuar falando, pois o foco da sua atenção estará voltado para a dor e não para as palavras do profissional. Pior do que isso, a mulher pode se sentir constrangida por não estar prestando atenção no que o psicólogo diz, e, além do esforço para agüentar a dor, ter que se esforçar para dar atenção ao profissional. Por isso, é fundamental que o psicólogo hospitalar saiba a hora de falar, ouvir e silenciar, respeitando sempre o momento do paciente.

O trabalho do psicólogo no Centro Obstétrico é, na verdade, uma psicoterapia de apoio. De acordo com Cordioli e cols. (1998), “A psicoterapia de apoio (PA) é um modelo eclético de psicoterapias largamente utilizado tanto em instituições como em consultórios privados” (p. 159). Inicialmente, era utilizada com pacientes com grande comprometimento psíquico, mas hoje, é utilizada, também, com indivíduos com bom nível de funcionamento prévio e que estejam atravessando crises agudas de qualquer natureza, como doença física grave, doenças crônicas incapacitantes, luto (no caso do Centro Obstétrico, luto pelo bebê natimorto ou pelo bebê idealizado que não correspondeu às expectativas), parto e cirurgias. O objetivo da Psicoterapia de Apoio “é o alívio dos sintomas e a mudança do comportamento manifesto, sem ênfase na

modificação da personalidade ou na resolução do conflito inconsciente” (Dewald in Cordioli, 1998. p. 160).

O próximo capítulo será destinado a relatos da experiência de estágio no Centro Obstétrico.

CAPÍTULO IV

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO

Este capítulo se propõe a apresentar alguns relatos de casos atendidos no Centro Obstétrico do HRAS durante o período de estágio de agosto de 2004 a maio de 2005, para exemplificar a atuação do psicólogo neste contexto.

Visando manter o sigilo e preservar os sujeitos atendidos, não sendo possível sua identificação, algumas alterações foram feitas nos relatos.

Maria era uma paciente de 27 anos, pedagoga, comerciante, natural do estado de Tocantins, morando com o companheiro há alguns anos, vivenciando uma união estável.

Paciente gestante de quádruplos (inseminação artificial), ainda no quinto mês de gravidez, deu entrada no Centro Obstétrico do HRAS, após rompimento da bolsa dentro do avião, durante uma viagem.

O primeiro atendimento psicológico foi realizado a pedido de um médico neonatologista, que estava preocupado com o estado da paciente e o futuro dos bebês. O médico relatou que a situação da paciente era grave, pois estando no quinto mês de gestação, seus bebês corriam sérios riscos de não sobreviver, caso viessem a nascer prematuramente. Comunicou, ainda, que a paciente estava muito nervosa e agressiva, necessitando assim, acompanhamento psicológico. Além disso, o médico explicou todo o quadro clínico da paciente, mostrando relatórios e exames.

Após conversa com o médico, a paciente foi ouvida e verificaram-se as suas principais queixas e os seus principais medos. O primeiro contato com ela deu-se no sentido de acolhê-la e estabelecer um vínculo com a mesma. Como a paciente estava muito ansiosa, induziu-se um relaxamento, para que ela pudesse se acalmar e adormecer. Logo após o relaxamento, a paciente adormeceu.

No mesmo dia, num segundo contato com a paciente, verificou-se que a paciente sentia muita dor, porque há mais de quatro horas queria urinar e não conseguia. Foi induzido, então, um novo relaxamento, com o objetivo de auxiliar a

paciente a urinar na comadre. Após, aproximadamente, 15 minutos de relaxamento, a paciente conseguiu urinar e, com isso, ficar um pouco mais calma.

Algumas horas após o relaxamento, o primeiro bebê nasceu, prematuramente, com peso insuficiente para sobreviver. Depois do parto, foi realizada uma nova intervenção, criando espaço para que a paciente expusesse seus sentimentos, verbalizando sobre os mesmos e iniciando a elaboração do luto pelo bebê que não sobreviveria. Além disso, a intervenção se deu no sentido de apoiar a paciente durante a realização de procedimentos obstétricos em função dos outros bebês.

Assim, a paciente foi encaminhada a uma enfermaria de Alto Risco. Nesse tipo de enfermaria, ficam internadas as gestantes que estão tendo uma gravidez de alto risco, apresentando, por exemplo, pressão alta e diabetes gestacional, além das grávidas com risco de aborto e parto prematuro, dentre outros. Contudo, como o atendimento em enfermarias, bem como o atendimento aos familiares da paciente não é o foco deste trabalho, não nos deteremos no seu detalhamento.

No dia seguinte, a paciente foi, novamente, levada ao Centro Obstétrico, pois as contrações aumentaram. Foi aberto um novo espaço para verbalização e realizado, então, novo relaxamento, pois Maria estava muito nervosa e chorava muito, além das fortes dores que sentia. Neste momento, dois bebês já estavam na posição correta para o nascimento. A paciente passou mais uma noite no Centro Obstétrico.

No outro dia, as dores da paciente aumentaram e as expectativas em relação ao nascimento prematuro dos bebês, também. Realizaram-se vários atendimentos breves. Essas expectativas foram discutidas e trabalhadas. Criou-se um espaço para que Maria externalizasse seus medos e angústias em relação à sobrevivência dos bebês.

Algumas horas após o fim dos atendimentos, os outros quatro bebês nasceram. Um deles faleceu logo após o parto.

No dia posterior, outro bebê faleceu. Foram realizados breves atendimentos, visando auxiliar na elaboração do luto pelos bebês que faleceram e na reestruturação das expectativas em relação aos outros dois que ainda estavam para nascer.

No dia seguinte, foi realizado novo atendimento junto à paciente. Esta se encontrava com muita esperança dos dois bebês sobreviverem. Ela chorou bastante durante o atendimento, pois não conseguia se imaginar voltando para casa sem os bebês. Foram trabalhadas essas expectativas de voltar para casa com ou sem bebê, a possibilidade de novas tentativas de inseminação e a melhor maneira de lidar com a internação dos bebês, que nascidos prematuros, precisariam ficar internados na UTI Neo-natal. Neste dia, mais um bebê faleceu.

Nos 14 dias seguintes, o último bebê ficou sendo acompanhado pela família na UTI Neo-natal, enquanto a paciente estava internada no hospital. Outros atendimentos psicológicos foram realizados na enfermaria e na UTI, até o falecimento do último bebê. Após o falecimento do último bebê, novos atendimentos foram feitos à paciente e seus familiares, visando à elaboração do luto.

Outro caso atendido foi o da paciente Ana, de 23 anos, estudante universitária. A paciente teve um aborto no 3º mês de gestação e estava no Centro Obstétrico na Observação, sendo medicada para expulsar o feto morto. Durante o atendimento, tomou-se conhecimento que Ana já tinha dois filhos, sendo aquela a sua quarta gestação. Teve outro aborto após o primeiro filho. A paciente relatou ter sido muito difícil superar este aborto, principalmente por ser uma menina, que ela e o ex-marido esperavam tanto. Mas, com o apoio do ex-marido, da ex-sogra e de outros familiares e amigos, ela conseguiu elaborar o luto.

Após alguns anos de convivência, Ana achou que não poderia mais viver com o marido e mudou-se para o estado de Goiás, com os dois filhos, para morar com o irmão, a cunhada e três sobrinhos. Ela relatou receber, sempre, muito apoio destes parentes.

Ana estava separada do marido, que mora em São Paulo; mas ele foi ao seu encontro no estado de Goiás, tentar uma reconciliação. Quando eles se relacionaram, ela engravidou, contudo, o ex-marido voltou para São Paulo sem ter conhecimento da gravidez e nunca foi avisado sobre a mesma. Na noite anterior à internação no hospital, já sentindo muitas dores, ela telefonou para o ex-marido e comunicou a gestação. Então, o pai da criança, decidiu ir ao encontro de Ana no estado de Goiás. Durante o

atendimento, ela relatou um sentimento de culpa por só ter contado, quando já estava perdendo o bebê.

Além da culpa, sentia muita tristeza e estava muito nervosa com toda a situação. Chorou durante o atendimento.

Falou do ótimo relacionamento que tem com todos os parentes com quem mora, mas também da falta que sente de ter a sua própria casa, como tinha em São Paulo, com o ex-marido. Os filhos estavam sendo cuidados pela cunhada, enquanto ela estava internada.

A paciente verbalizou sobre o medo de contar para os dois filhos sobre a morte do bebê, pois os dois estavam muito animados com a chegada de um novo irmãozinho, sempre perguntando quando ele ia chegar.

A intervenção consistiu em um acolhimento, para a paciente sentir-se à vontade para falar e expressar seus sentimentos. Foi então, criado esse espaço para verbalização. Discutiu-se sobre a culpa que ela sente, fazendo com que ela percebesse que ela foi responsável e não culpada, mas que o ex-marido, também tinha a sua parcela de responsabilidade em todos os aspectos do relacionamento. Discutiu-se, ainda, sobre as formas de enfrentamento da situação, como, por exemplo, a melhor maneira de contar aos filhos sobre a morte do bebê, a melhor forma de conversar com o ex-marido, quando este chegasse à cidade e como e onde ela poderia encontrar apoio para superar a situação.

Ao final do atendimento, que durou, aproximadamente, 30 minutos, Ana disse que se sentia mais aliviada e que conseguia ver que era possível superar toda a situação.

Um terceiro caso é o de Marta, de 44 anos, casada há cinco anos, mãe de uma moça de 20 anos de idade, fruto de seu primeiro casamento. A paciente, que se encontrava no sétimo mês de gestação, foi internada no HRAS, devido à pressão alta. Relatou muito inchaço nas pernas e nas mãos, o que estava dificultando seu trabalho.

A paciente trabalhava como empregada doméstica e não estava conseguindo desempenhar suas funções. Faltou um dia de trabalho, por falta de condições de ir trabalhar, de acordo com o seu relato. No segundo dia, como também não se sentia bem, resolveu ir ao médico, para solicitar um atestado médico, para que pudesse ficar

em casa de repouso. No momento do atendimento psicológico, a pressão já havia sido controlada.

Durante o atendimento, pôde-se conhecer um pouco sobre o histórico da paciente e obter algumas informações. A paciente relatou ter uma filha, que já é casada e tem um filho de dois anos de idade. Relatou, também, que, após o nascimento desta filha, fez cirurgia para ligar as trompas, não podendo, assim, ter uma nova gravidez.

Contudo, sua menstruação atrasou, vinte anos depois, e achando que já se tratava da menopausa ou de algum problema de saúde, procurou sua médica. Após fazer exames, a médica constatou que a paciente estava grávida e não com algum problema e nem entrando na menopausa.

A notícia da gravidez causou, inicialmente, muito espanto, já que ela acreditava que não corria o risco de engravidar novamente, devido à laqueadura. Mas, depois, ficou muito feliz. E essa felicidade era compartilhada por toda a família. Todos esperavam, ansiosos, o nascimento do bebê, que seria um menino. De acordo com a paciente, seu marido já está em seu terceiro casamento e já tem seis outros filhos. Mas ficou muito feliz por ser pai novamente.

Entretanto, apesar da felicidade, a paciente questionava o trabalho do médico que fez o seu primeiro parto, já que o seu procedimento não foi adequado e ela estava grávida novamente.

Em sua primeira gestação, a gestante teve intercorrências, inclusive um início de eclampsia.

Tem diabetes há doze anos, que se agravou durante essa segunda gestação. Até mesmo, já havia ficado internada, para controle da diabetes e da pressão alta.

O parto seria uma cesárea, para refazer a ligadura das trompas. Mas ainda aguardava resultado de ecografia, para saber se ficaria internada ou se receberia alta.

O atendimento psicológico consistiu, inicialmente, de um acolhimento e a abertura de um espaço para verbalização. Contudo, logo no início do atendimento, este foi interrompido, devido à necessidade da paciente fazer uma ecografia. O atendimento foi adiado para logo após o exame, uma vez que a paciente demonstrou interesse em continuar, pois continuou falando, mesmo com a presença da auxiliar de enfermagem, durante a preparação para o exame.

Quando Marta retornou do exame, o atendimento se reiniciou, sendo logo interrompido, novamente, para a realização de outros procedimentos da equipe de enfermagem.

Quando, finalmente, todos os procedimentos acabaram, o atendimento pôde ser iniciado, de fato. Deu-se continuidade ao acolhimento e os pontos já iniciados foram retomados.

A partir da fala da paciente, foram discutidos alguns pontos, como a surpresa que a gestação causou; o fato de ser mãe aos 44 anos, quando imaginava que já estava chegando à menopausa; a maneira de lidar com a gestação e o bebê; a alegria que este bebê estava trazendo para toda a família; o sentimento em relação ao médico que não realizou o procedimento adequado e as expectativas em relação a uma nova internação e às possíveis complicações desta gestação, considerando que a primeira não foi fácil e que já estavam aparecendo algumas intercorrências na segunda. O atendimento durou cerca de 40 minutos.

Outro caso atendido no Centro Obstétrico foi o de Joana, 24 anos, casada, mãe de dois filhos, sendo um de quatro anos de idade e um recém-nascido de 11 dias. Paciente deu à luz, no sexto mês de gravidez. O bebê prematuro estava internado na Unidade de Terapia Intensiva Neo-natal, pesando menos de 700 gramas, o que tornava muito difícil a sua sobrevivência. A paciente estava internada no Setor Mãe Nutriz (setor onde ficam hospedadas as mães que tiveram bebês prematuros que se encontram na UTI Neo-natal) do hospital.

Após 11 dias do parto, Joana apresentou um sangramento intenso e foi encaminhada ao Centro Obstétrico. A paciente estava na Observação do Centro Obstétrico, com sangramento, aguardando para fazer curetagem (resumidamente, pode-se dizer que é um procedimento utilizado para se fazer uma limpeza do útero). Foi realizado um acolhimento e dado à paciente um espaço para verbalização. A paciente demonstrava muito medo, muita ansiedade, muita pressa para ser submetida ao procedimento e chorava bastante. Além do medo, apresentava uma grande falta de informação e muitas fantasias, pois não conhecia o procedimento ao qual seria submetida. Tinha medo de a barriga ser cortada, da injeção para anestesia e de não acordar da anestesia, ou seja, medo de morrer. Contudo, para o procedimento de

curetagem, não há necessidade de cortes na barriga e a anestesia é aplicada por meio do soro na veia. Para esclarecer sobre o procedimento, um profissional da enfermagem foi chamado, e, juntamente com a estagiária de psicologia, a paciente pôde tirar as suas dúvidas. Entretanto, a paciente continuou preocupada e prosseguiu chorando bastante. Então, diferentes temas foram percebidos na sua fala, além do medo de morrer.

Outra fantasia que a paciente trazia era o sentimento de culpa por estar sangrando. A paciente começou a utilizar uma cinta, inclusive pra dormir, sem o conhecimento do médico, para diminuir a barriga. Então, ela acreditava que o sangramento se devia ao uso da cinta. Como a paciente só expôs esse sentimento depois que o profissional da enfermagem já tinha se retirado, a paciente foi orientada a esclarecer essa dúvida, assim que possível. Além disso, esse sentimento de culpa foi trabalhado, no sentido de eliminá-lo ou, pelo menos, diminuí-lo, já que a paciente acreditava que não teria problema algum em usar a cinta e outras pacientes também usavam. Todavia, foi esclarecido à paciente que o que é válido para uma pessoa pode não ser válido pra outra. Então, ao invés de tirar dúvidas com outras pacientes, o adequado seria que as dúvidas fossem esclarecidas pelos profissionais da equipe de saúde do hospital.

A paciente demonstrava muita vontade de ir embora para casa. Não tinha coragem de deixar sua filha recém-nascida sozinha no hospital, mas se sentia muito incomodada com o fato de ter que permanecer no hospital sem uma data determinada para ir embora. Sua preocupação parecia maior com o incômodo de estar no hospital, do que com a saúde ou sobrevivência do bebê. Entretanto, esta questão não foi trabalhada, pois não seria o momento adequado, já que o atendimento estava voltado para a preparação da paciente para o procedimento ao qual seria submetida, a curetagem.

Joana reclamou muito da falta que a mãe fazia e verbalizou muito sobre a vontade de que ela estivesse no hospital para fazer-lhe companhia. Tinha a crença de que se a mãe estivesse com ela, ela não estaria com medo. A partir dessa fala, foram trabalhadas as alternativas para enfrentamento da situação sem a presença da mãe.

Além disso, relatou não gostar muito da sua casa e de estar com o marido. Afirmou, também, sempre ter muito medo de tudo. Em situações difíceis, sempre apresenta tremores e sudorese, ficando muito alterada. Foi sugerido à paciente que esta procurasse um acompanhamento psicológico, para que pudesse trabalhar todas estas questões que lhe causavam sofrimento.

O atendimento durou, aproximadamente, 40 minutos e a paciente já conseguia sorrir ao seu final.

No capítulo seguinte, será realizada uma reflexão sobre a atuação do psicólogo nos casos relatados e nos demais casos atendidos durante o período de estágio no Centro Obstétrico do HRAS.

CAPÍTULO V

ANÁLISE E REFLEXÃO SOBRE O RELATO

O mais importante de um trabalho não é o trabalho em si, mas a reflexão que ele possibilita e as alternativas que se encontra, para torná-lo mais eficaz e adequado às necessidades das pacientes e do contexto. Em se tratando de uma forma de atuação nova, que ainda constrói modelos, essa reflexão se torna ainda mais importante, pois ela aponta os erros e as falhas e busca soluções apropriadas.

Antes de refletir sobre a atuação, propriamente dita, é importante discutir sobre a preparação do psicólogo, para atuar no Centro Obstétrico. Neste contexto, muitas cenas marcantes são presenciadas, muitos atendimentos significativos são realizados. Então, o psicólogo necessita de um trabalho pessoal, de um espaço onde ele possa elaborar as suas emoções, verbalizar sobre as suas angústias e preocupações. É fundamental que o psicólogo que deseja atuar neste setor, tenha um suporte psicológico, pois muitas questões pessoais são tocadas e vêm à tona. E, caso estas questões não sejam trabalhadas, podem interferir negativamente nos atendimentos psicológicos às mulheres.

Além da preparação pessoal, o psicólogo precisa de um suporte técnico. É muito importante que o profissional se familiarize com os temas que surgem no Centro Obstétrico, como gestação, gravidez de risco, trabalho de parto, parto prematuro, luto, dentre outros. O psicólogo no contexto hospitalar, além de entender de psicologia, precisa ter alguns conhecimentos sobre a área médica, na qual ele está inserido.

Outra preparação importante para o psicólogo é o conhecimento da rotina hospitalar. Para poder se inserir neste contexto e ainda ser capaz de esclarecer sobre a rotina do hospital para as pacientes, o psicólogo deve compreender o funcionamento do setor, além de suas regras e normas.

Um primeiro fator a ser analisado é a relação entre poder do psicólogo e estabelecimento de uma relação simétrica entre psicólogo e paciente. Defende-se que o psicólogo deve estabelecer uma relação simétrica com a parturiente, que supõe

igualdade, respeito e confiança mútua. Contudo, o profissional deve estar ciente de que na visão das as pacientes, ele é um detentor de poder. Elas costumam confiar muito nas palavras dos profissionais que as estão assistindo e depositar muita confiança nestes profissionais. Logo, o psicólogo deve ter cuidado com as suas colocações, explicações e questionamentos, pois estes são tidos como verdades absolutas pelas pacientes e podem influenciar, significativamente, nas suas vidas.

Percebeu-se, durante o estágio, que os profissionais da saúde, na sua maioria, não estão preparados para a presença do psicólogo no Centro Obstétrico, o que dificulta um trabalho em equipe, no qual haja troca de informações, cooperação e valorização do trabalho de cada um. Sugere-se, que o psicólogo tente um maior contato com a equipe, sensibilizando-a para a importância do seu trabalho e auxiliando o trabalho de outros membros da equipe. Além disso, o psicólogo poderia aferir junto à equipe, o que os profissionais esperam de um psicólogo inserido neste contexto e quais as temáticas que mereceriam uma maior atenção em um Centro Obstétrico. Assim, o trabalho do psicólogo seria norteado não só pela teoria psicológica, mas também pela experiência de quem já atua no setor há mais tempo e conhece bem as pacientes e seus maiores problemas.

Além disso, seria muito importante que o psicólogo tivesse o seu espaço para fazer suas observações nos prontuários das pacientes e que essas observações fossem consideradas por toda a equipe como instrumento importante na condução dos procedimentos com as mulheres.

Os aspectos a serem trabalhados no Centro Obstétrico merecem uma reflexão. O foco da Psicologia Hospitalar é a diminuição do sofrimento referente à hospitalização. Contudo, muitas vezes, outros temas aparecem nas falas das pacientes. Até onde se deve dar vazão a estas falas? Até que ponto é benéfico para as pacientes falarem sobre outros assuntos que não se refiram ao que se está vivenciando naquele momento? É bem verdade, que muitas vezes, a preocupação das mulheres não é com o parto, com a saúde do bebê ou com a cirurgia a que serão submetidas. Elas se preocupam com os filhos que ficaram sob os cuidados da vizinha ou sozinhos em casa, com os parentes que estão longe, com a falta de dinheiro para pagar o aluguel, com a falta de alimentação para os outros filhos, com o marido que as abandonou, dentre

outras inúmeras preocupações. Então, acredita-se, que seja válido permitir que a paciente externalize esses sentimentos e preocupações. Muitas vezes, só o fato de ter quem as ouça e as acolha, já ajuda a diminuir a ansiedade, os medos e as preocupações.

O medo e a vergonha foram dois aspectos bastante observados durante o estágio. De um modo geral, as mulheres não conseguem tirar suas dúvidas e fazer as perguntas que desejam aos médicos e enfermeiras. Assim, o trabalho do psicólogo de fortalecer a auto-estima, encorajar e incentivar deve ser intenso, para que realmente sensibilize as pacientes e elas possam iniciar um diálogo com os outros profissionais da equipe. Acredita-se que a falta de informação aumenta a ansiedade, a tensão e o medo. Então, a obtenção de informação leva a uma diminuição desses fatores.

Além da vergonha de perguntar, muitas mulheres apresentam vergonha de chorar. Elas acreditam que não têm o direito de chorar e que é feio fazê-lo naquele contexto. Contudo, sabe-se que o choro é uma maneira de expressar os sentimentos, externalizar aquilo que incomoda. Então, o psicólogo trabalha no sentido de incentivar o choro, que pode proporcionar um certo alívio da tensão e da ansiedade. É interessante perceber que, ao ser acolhida pelo psicólogo, a paciente se sente um pouco mais à vontade para chorar e verbalizar sobre seus medos, angústias e outros sentimentos.

O uso de algumas técnicas pode auxiliar bastante em alguns momentos, como no caso da paciente que não conseguia urinar e foi aplicada uma técnica de relaxamento. O psicólogo deve discernir se é adequado aplicar uma técnica, qual técnica é a melhor para a paciente, sempre considerando o contexto de intervenção.

Todavia, o psicólogo deve estar atento a não se prender a procedimentos e técnicas, mas, sobretudo, em estar, verdadeiramente, com a paciente, ouvi-la, compreender suas necessidades, medos e angústias e oferecer o apoio e suporte necessários.

Um aspecto bastante discutido durante o estágio foi a melhor forma de atender uma paciente com dor e até mesmo se seria adequado fazer esse tipo de atendimento. A experiência mostrou que, muitas pacientes, mesmo com muita dor, gostam de ser atendidas. Elas relatam que é muito bom ter alguém que as escute, as compreenda e, inclusive, relatam que o atendimento ajuda a tirar o foco da atenção da

dor. Obviamente, não são todas as pacientes que se sentem à vontade para falar, quando estão sentindo dor. No entanto, acredita-se que seja importante verificar junto à paciente com dor se ela deseja um atendimento.

Outro fator observado é que muitas mulheres, e até mesmo outros profissionais, não conhecem o trabalho do psicólogo dentro do hospital. Então, acredita-se que é responsabilidade do psicólogo divulgar e explicar o seu trabalho e a sua função dentro do contexto hospitalar, e, neste caso, mais especificamente no Centro Obstétrico. Para o serviço do psicólogo ser solicitado por outro profissional ou para que uma paciente o deseje, é necessário que estas pessoas identifiquem a finalidade e a importância deste serviço.

Mais uma questão, que recebeu atenção especial durante o período de estágio, foi o uso de uma linguagem apropriada e de fácil compreensão por parte das pacientes. O psicólogo deve se adaptar ao nível cultural e de informação da paciente. É seu dever certificar-se de que a mulher compreendeu tudo aquilo que ele quis transmitir, bem como o que os outros membros da equipe quiseram informar. O profissional psicólogo deve trabalhar no sentido de facilitar a compreensão da paciente e atuar como uma ponte na comunicação entre paciente e equipe.

Outra atividade importante a ser desempenhada pelo psicólogo é o incentivo da interação entre as pacientes. Muitas pacientes interagem umas com as outras, apóiam-se mutuamente, e, com isso, auxiliam o trabalho do psicólogo. O psicólogo, porém, deve, orientar às pacientes no sentido de que as dúvidas devem ser sanadas com os profissionais da equipe e não com outras pacientes. Muitas vezes, as mulheres tiram suas dúvidas com outras pessoas leigas e ficam mais confusas, com mais medos e com mais dúvidas.

O acompanhante é outra pessoa que merece atenção do psicólogo. Este acompanhante pode ajudar bastante o trabalho do psicólogo, pois ele oferece um suporte à paciente e a auxilia na comunicação. Contudo, este acompanhante, também, precisa de suporte. Ele necessita ser valorizado e ter um espaço para expor seus sentimentos. Pode ser extremamente terapêutico esse atendimento em conjunto (psicólogo / paciente / acompanhante), pois o acompanhante pode compreender melhor

o que a paciente sente e esta pode tomar conhecimento dos sentimentos do seu acompanhante. E, a partir disso, o apoio do acompanhante pode se tornar mais eficaz.

A partir destas reflexões, pode-se chegar a algumas conclusões, que serão expostas a seguir.

CONCLUSÃO

A partir do presente trabalho, pode-se concluir que ainda há muito a ser feito. O psicólogo deve refletir, sempre, sobre a importância e eficácia do seu trabalho e buscar alternativas, para que este seja eficaz e atenda às necessidades das pacientes, dos familiares e da equipe de saúde do Centro Obstétrico.

Infere-se, de todo o contexto do trabalho aqui exposto, que a função do psicólogo hospitalar no Centro Obstétrico é de fundamental importância no que se refere à diminuição do sofrimento das pacientes, proveniente da hospitalização e dos fatos que ocorrem no Centro Obstétrico, como perda de bebês e nascimento de bebês com algum tipo de má formação.

Acredita-se, ainda, que são fundamentais o apoio da equipe de saúde e a interação com esta, para que o psicólogo realize um trabalho eficaz e condizente com as necessidades das pacientes e do setor.

Conclui-se, por fim, que o atendimento psicológico no Centro Obstétrico às gestantes deve ser uma continuação de um trabalho que já deveria ter sido iniciado juntamente com o pré-natal, o que poderíamos chamar de um pré-natal psicológico. Desse modo, seria possível um atendimento muito mais eficaz, pois a paciente já teria recebido uma preparação para a situação a que seria submetida, sendo o atendimento psicológico no Centro Obstétrico apenas a conclusão de um trabalho previamente estabelecido.

Como a atuação do psicólogo hospitalar no Centro Obstétrico é muito recente, sugere-se que pesquisas na área sejam realizadas, para embasar e fundamentar ainda mais esta atuação. Algumas pesquisas que auxiliariam o trabalho do psicólogo são: (1) pesquisa junto às pacientes sobre seus maiores medos, preocupações e angústias referentes à gravidez, ao parto e à maternidade; (2) pesquisa junto à equipe sobre as maiores necessidades da gestante em trabalho de parto; (3) pesquisa sobre técnicas que podem ser utilizadas durante o trabalho de parto, que proporcionem algum bem-estar ou alívio para a paciente.

APÊNDICES

APÊNDICE I
QUESTIONÁRIO

Nome: _____

Profissão: _____

Local de atuação: _____

Data: _____

1) Quais profissionais devem compor a equipe de saúde no Centro Obstétrico?

2) Quais são os principais cuidados com assepsia dentro de um Centro Obstétrico?

3) Quais são os principais instrumentos e equipamentos utilizados em um Centro Obstétrico?

4) Quais as principais diferenças entre uma sala de parto normal e um centro cirúrgico onde são realizadas as cesáreas?

5) Existem diferenças entre os Centros Obstétricos dos diferentes hospitais? Se sim, exemplifique?

6) Quais são os principais procedimentos realizados em um Centro Obstétrico?

7) Como é a rotina de um Centro Obstétrico?

Observações:

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. (2002). Psicologia da Saúde – Um novo significado para a prática clínica. São Paulo: Pioneira Thomson.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. (2002). Psicologia Hospitalar – Teoria e Prática. São Paulo: Pioneira Thomson.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. (2004). Tendências em Psicologia Hospitalar. São Paulo: Pioneira Thomson.

BASEGIO, Diogenes Luis; MORAES, Cirley Maria; LODI, Eliana; LIMA, Gelvani Inês Fritzen; DONATO, Giovana Paula Bonfantti; LIMA, Jose Emílio Mendes; CURTI, Marisol Fátima & MARCON, Mirnes Marli. (2000). Manual de Obstetrícia. Rio de Janeiro: Revinter.

BAPTISTA, Makilim Nunes & DIAS, Rosana Righetto. (2003). Psicologia Hospitalar – Teoria, aplicações e casos clínicos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

CAMPOS, Teresinha Calil Padis. (1995). Psicologia Hospitalar – A atuação do psicólogo em hospitais. São Paulo: E.P.U.

CORDIOLI, Aristides Volpato. (1998). Psicoterapias – Abordagens Atuais. Porto Alegre: Artes Médicas.

DAVIS, Martha; ESHELMAN, Elisabeth, Robbins & McKAY. (1996). Manual de relaxamento e redução do stress. São Paulo: Summus.

ENKIN, Murray; KEIRSE, Marc J. N. C.; NEILSON, James; CROWTHER, Caroline; DULEY, Leila; HODNETT, Ellen & HOFMEYR, Justus. (2005). Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

ZIEGEL, Erna E. & CRANLEY, Mecca S. (1985). Enfermagem Obstétrica. Rio de Janeiro: Guanabara.