



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE-ESCOLA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE PERINATAL



MARINA MONTEIRO DA SILVA

**A INSERÇÃO DO PSICÓLOGO NO ACOLHIMENTO EM
UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE ALTO RISCO:
QUAIS SÃO AS DEMANDAS?**

RIO DE JANEIRO

2022

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE-ESCOLA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE PERINATAL**

MARINA MONTEIRO DA SILVA

A INSERÇÃO DO PSICÓLOGO NO ACOLHIMENTO EM UMA

MATERNIDADE PÚBLICA DE ALTO RISCO:

QUAIS SÃO AS DEMANDAS?

Trabalho de Conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Psicóloga Especialista em Saúde Perinatal.

Orientadora: Mestre Gabriela Monteiro Simão

Coorientador: Mestre Raquel Cristina Boff Fernandes

Rio de Janeiro, 2022



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

MATERNIDADE-ESCOLA



MARINA MONTEIRO DA SILVA

A INSERÇÃO DO PSICÓLOGO NO ACOLHIMENTO EM UMA MATERNIDADE
PÚBLICA DE ALTO RISCO: QUAIS SÃO AS DEMANDAS?

Monografia apresentada ao Programa de
Residência Multiprofissional em Saúde
Perinatal da Maternidade Escola da
Universidade Federal do Rio de
Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos
necessários à obtenção do título de
Psicóloga Especialista em Saúde
Perinatal.

Aprovada em: 16 de Março de 2022.

Me. Gabriela Monteiro Simão – Presidente da banca

Me. Raquel Cristina Boff Fernandes – Coorientador

Me. Catarina Dias Vieira – 1º Examinador

Dra. Fernanda Freitas Oliveira Cardoso – 2º Examinador

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer aos meus pais, Nadir e José, por terem sido meus maiores incentivadores nessa vida e sempre terem sido o meu porto seguro, o amor de vocês me fez crescer e chegar até aqui.

Ao meu companheiro e grande incentivador, Pedro Mansur, que me deu a mão nessa jornada tão desafiadora, caminhou ao meu lado e sempre me resgatou sobre o grande propósito desse percurso.

Aos meus irmãos e à toda minha família que se fizeram presente mesmo diante à distância imposta por esse período tão difícil. Vocês me provaram, mais uma vez, que o amor ultrapassa toda e qualquer distância.

À minha grande parceira e dupla dessa jornada, Rebeca Cerqueira, que me mostrou dia após dia que o acolhimento, o companheirismo, que os encontros potentes são os que geram as maiores mudanças. Eu realmente agradeço por sempre ter sido colo e nunca ter largado a minha mão.

Às que faziam essa rotina tão exaustiva ser mais leve e cheia de sentido: Letícia, Thaís, Ana Júlia, Juliana Rocha, Juliana Lopes, Miriã, Mayara, Bianca, Victória. Vocês foram luz no meu caminho.

Aos meus amigos que se mantiveram ao meu lado durante todo esse período, me apoiando, me entendendo e me dando tanto suporte para que eu concluísse essa etapa. Sou muito grata pela amizade verdadeira de todos vocês.

À todas as psicólogas que marcaram o meu caminho profissional, que me inspiraram e me ensinaram tanto durante todo esse período. Muito obrigada por me mostrarem que era possível.

Por último e com extrema importância, à todas as mulheres, famílias, e novas vidas que vi diante dos meus olhos, que me proporcionaram os mais belos e potentes encontros. Esse trabalho e esse percurso não existiriam sem cada um(a) de vocês. Agradeço imensamente.

“O que esperamos nós quando estamos desesperados, e mesmo assim procuramos alguém? Esperamos, certamente, uma presença por meio do qual nos é dito que o sentido ainda existe.”
(Martin Buber)

Apresentação

O início do acompanhamento pré-natal é um momento de grande importância para a gestante. O recebimento dessas mulheres no serviço de saúde pode ser uma etapa crucial para o estabelecimento do vínculo das pacientes com os profissionais de saúde e com a instituição. O Acolhimento realizado na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME-UFRJ) possui uma configuração multiprofissional, composta por enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais. Com isto, faz parte do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da ME-UFRJ a passagem dos residentes no Acolhimento realizado na instituição.

O presente trabalho cumpre o pré-requisito como Trabalho de Conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da ME/UFRJ e tem como objetivo discutir a inserção do Psicólogo no Acolhimento Multiprofissional, identificando e compreendendo as demandas psicológicas que surgem nesse momento de ingresso das gestantes ao pré-natal de alto risco. Para tanto, foram analisados os relatos dos profissionais de Psicologia, contidos em prontuários das pacientes.

O interesse pelo tema surgiu a partir de minha passagem como psicóloga residente pela atividade de Acolhimento durante um semestre. Ao longo desse período, pude observar que variadas demandas surgiam quando da presença do profissional de Psicologia, em momentos diversos do Acolhimento. Além disso, pude perceber que tal inserção também interferia e ajudava na criação e na construção de demandas psicológicas, bem como nos encaminhamentos dados pela equipe em cada situação.

Resumo

O Acolhimento é uma das principais diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) e traz como proposta o reconhecimento do lugar do outro, visando a estabelecer uma relação de troca entre pacientes e profissionais de saúde. Sendo considerada uma estratégia de mudança no atendimento em saúde, o Acolhimento realizado por uma Equipe Multiprofissional permite compreender o paciente em sua totalidade, considerando o ambiente social, físico e cultural em que está inserido. No contexto da atenção pré-natal, pode constituir uma importante etapa, como o recebimento de gestantes em um serviço de saúde. Considerou-se que a inserção do psicólogo no Acolhimento Multiprofissional pode favorecer o vínculo da paciente com as equipes e a instituição, possibilitando uma atenção continuada e a implicação de cada sujeito em seu cuidado. O objetivo desse estudo foi discutir sobre o lugar do profissional de Psicologia na Equipe Multiprofissional do Acolhimento em uma Maternidade Pública de Alto Risco, a partir da identificação e da compreensão das demandas psicológicas que surgem nesse momento de ingresso das gestantes ao pré-natal. Isso a partir dos relatos contidos em prontuários das pacientes atendidas. Trata-se, portanto, de um estudo descritivo qualitativo, com análise documental, no qual foram tomados como dados da amostra os registros em prontuário das pacientes que passaram pelo Acolhimento Multiprofissional com a presença de um profissional de Psicologia. Observou-se que as demandas se apresentaram de forma diversa e ampla, evidenciando que a presença do psicólogo no momento do Acolhimento possibilita um espaço de criação, além de proporcionar um ambiente de escuta qualificada sobre questões que marcam o início de uma gestação e de um acompanhamento pré-natal. Concluiu-se que a presença do psicólogo no Acolhimento impacta nas formas de construir junto às pacientes e à equipe as demandas de cuidado, bem como os possíveis encaminhamentos.

Palavras-chave: acolhimento; assistência perinatal; intervenção em psicologia

Sumário

1. Introdução	09
2. Considerações Metodológicas	14
3. Resultados e discussão	16
3.1 Implicações subjetivas de uma gestação de alto risco	17
3.1.1 Questões de saúde e agravos	18
3.1.2 Situações de perda gestacional	20
3.2 A gestante e a rede de apoio	23
3.2.1 Planejamento familiar	24
3.2.2 Violência doméstica	27
3.2.3 Luto pela perda de alguém de grande valor afetivo.....	29
4. Considerações Finais	32
5. Referências	36
Anexo I	39

1. Introdução

O primeiro encontro entre profissional e paciente em um serviço de saúde, muitas vezes, pode ser crucial para o estabelecimento de uma boa relação no processo de cuidado a ser produzido. Nesse momento de recepção, o primeiro ato de cuidado é o Acolhimento. Acolher, segundo o seu significado, é dar acolhida, dar ouvidos, dar crédito, aceitar, admitir, receber, tomar em consideração (FERREIRA, 1975). Visto como postura e prática nas condutas de atenção e gestão nos serviços de saúde, o Acolhimento favorece a construção de vínculos e o estabelecimento de relações de confiança entre os pacientes e as equipes de saúde.

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS), criada em 2003 pelo Ministério da Saúde, trouxe grande destaque para a postura de acolhimento. Também conhecida como HumanizaSUS, a PNH surgiu com o intuito de impulsionar mudanças nos modos de gerir e de cuidar, compreendendo que a humanização é a valorização dos diferentes sujeitos integrantes no processo de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Sua implementação veio a partir da necessidade de produzir respostas aos problemas e desafios enfrentados pelo SUS até o momento, em que se destacavam as dificuldades quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde, à organização e à articulação da rede e, ainda, em relação à comunicação entre trabalhadores e usuários (BRASIL, 2004). O Acolhimento é uma das principais diretrizes dessa política e traz como proposta o reconhecimento do lugar do outro, visando a estabelecer uma relação de troca e, assim, promover espaços de inclusão (BRASIL, 2010). Desse modo, surge com o objetivo de reconfigurar os serviços de saúde, tendo como eixo central o usuário, pretendendo otimizar o acesso e humanizar as relações, incluindo espaços para escutar as demandas não apenas em sua dimensão biológica, mas também psicológica, social e cultural. Além disso, essa reconfiguração busca aperfeiçoar o trabalho em Equipe Multiprofissional, com integração e complementaridade de cada categoria (MORAES

et al. 2009), promovendo o compartilhamento de saberes, a postura de escuta e a inventividade na construção coletiva.

No contexto da atenção pré-natal, essa diretriz tem como intuito promover um atendimento à gestante de forma integral e humanizada, distanciando-se de uma visão fragmentada, tornando essencial a construção de um novo olhar no processo de cuidado em saúde no momento da gestação. A partir da compreensão da mulher em sua totalidade, considerando o ambiente social, físico e cultural em que está inserida, é possível estabelecer novas formas de reconhecer o processo saúde-doença. Diante disto, na assistência pré-natal, cabe a toda equipe de saúde, desde seu primeiro contato com a gestante, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher, bem como para sua família e comunidade onde ela esteja inserida. O contexto de cada gestação é determinante para o seu desenvolvimento, assim como para a relação que cada mulher e sua família estabelecerão com a criança (BRASIL, 2005).

O início de um acompanhamento pré-natal marca um momento importante para o vínculo entre as gestantes e a equipe de saúde. Essa etapa auxilia a concretização da vivência da gravidez e, conseqüentemente, pode trazer à tona todas as questões que com ela surgem. A gestação é caracterizada por um momento de diversas mudanças e de transição na vida da mulher, ocorrendo significativas modificações que são capazes de provocar novas adaptações e reorganizações intrapsíquicas. As alterações vivenciadas nesse período abrangem questões fisiológicas, psíquicas, hormonais e sociais. Tais mudanças podem representar um momento complexo para saúde mental da mulher, aumentando o risco de sofrimento emocional, pois ocasiões e eventos relacionados à gestação podem ressoar na história pregressa da mulher, reativando conteúdos arcaicos (MIYAZAKI *et al.*, 2019).

Vivenciar uma gestação de alto risco pode exigir adaptações ainda maiores, visto que este é um processo complexo, dinâmico, subjetivo e diversificado. Essa experiência traz preocupações tanto com a própria saúde quanto com a saúde do bebê, além de mudanças na rotina devido a um acompanhamento pré-natal com consultas e exames mais frequentes do que o habitual. A forma como irá impactar emocionalmente cada gestante vai depender da singularidade de cada uma. Dessa forma, oferecer uma escuta qualificada nessa chegada, no momento do Acolhimento Multiprofissional, pode auxiliar a entender essas demandas, colocá-las em trabalho, além de oferecer um suporte para que as próprias pacientes possam identificar suas necessidades e direcioná-las à equipe.

A maternidade pública onde a pesquisa foi realizada localiza-se na Zona Sul do Rio de Janeiro e possui uma atenção especializada para o acompanhamento pré-natal de gestações que envolvem alto risco fetal. Dispõe de assistência ambulatorial e hospitalar, composta por Equipe Multiprofissional, oferecendo linhas de cuidado específicas na atenção à saúde de gestantes e recém-nascidos de alto risco. A assistência pré-natal é organizada em ambulatórios especializados (hipertensão arterial, transtornos endócrino-metabólicos, gestação gemelar, patologias fetais e adolescentes), programa de rastreio de risco para gestantes no primeiro trimestre, planejamento familiar, genética pré-natal e medicina fetal, além de emergência 24h. O acesso ao pré-natal desta unidade ocorre através da Central de Regulação do Rio de Janeiro (SISREG).

O Acolhimento, na instituição, é realizado por uma Equipe Multiprofissional, a partir de uma triagem com uma visão ampliada do processo saúde-doença, onde são realizadas ações educativas, classificação de risco e inserção das gestantes nos ambulatórios especializados. Portanto, cabe a todos os profissionais inseridos nesse momento, avaliar as necessidades das gestantes em função do seu risco e de sua vulnerabilidade, responsabilizando-se pelo cuidado a partir de suas necessidades específicas.

A Equipe Multiprofissional de Acolhimento desta maternidade é composta pelas seguintes categorias: Enfermagem, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. Cada uma delas se disponibiliza a receber e a orientar as gestantes de acordo com suas especificidades. Importante assinalar que a avaliação com classificação de risco é uma ação que deve ser realizada por todos os integrantes da equipe de saúde, com isso, todos os profissionais devem estar atentos ao grau de sofrimento tanto físico quanto psíquico das pacientes, sempre incluindo a percepção das próprias pacientes sobre o seu processo de saúde e doença (SILVA; ROMANO, 2015). Isso é fundamental para possibilitar o compartilhamento dos casos de forma interdisciplinar e entender de forma mais clara os encaminhamentos necessários em cada caso.

O Psicólogo pode estar inserido de diversas formas no Acolhimento oferecido pela instituição: na triagem da equipe de Enfermagem, nas consultas conjuntas com as outras categorias, no Grupo de Acolhimento ou em escuta individual. Nos momentos em que o Acolhimento é realizado, seja de modo individual, em grupo ou em equipe, o profissional de Psicologia atenta-se a aspectos que possam sinalizar uma demanda psicológica e necessitar de atenção especializada. Assim, como parte da rotina do profissional de Psicologia no Acolhimento, alguns critérios estabelecidos como vulnerabilidades e potenciais riscos psicossociais são avaliados, seja através da fala das próprias pacientes (durante a triagem em consulta conjunta ou escuta individual), seja através de sinalizações e solicitações da equipe em interconsulta, ou da busca ativa na abertura dos prontuários.

Após a realização do Acolhimento pelo profissional de Psicologia, seja este de modo individual, em grupo ou em consulta conjunta, é feito registro na folha de evolução do prontuário de cada paciente acolhida. O prontuário é um conjunto de documentos no qual são relatadas as informações que os pacientes fornecem durante os atendimentos, junto com as avaliações e condutas por parte do profissional. O SUS preconiza registro em prontuário único pelas Equipes Multidisciplinares, tendo como finalidade facilitar a comunicação entre os

profissionais de saúde, integrando e garantindo a continuidade da atenção (Brasil, 2004). As evoluções realizadas pelo psicólogo, a partir de sua escuta no Acolhimento, incluem informações sobre as queixas e demandas trazidas pelas pacientes, solicitações e observações realizadas pela equipe, avaliação quanto à necessidade do prosseguimento do acompanhamento psicológico, encaminhamento para outro serviço, quando necessário, e as condutas adotadas.

Considerando importante identificar que tipos de demandas psicológicas surgem quando da disponibilidade a uma escuta ampliada, sejam elas direcionadas a uma escuta individual ou a um suporte do profissional de Psicologia às equipes de saúde, o presente trabalho buscou discutir o lugar do psicólogo na Equipe Multiprofissional do Acolhimento, a partir de uma investigação sobre quais demandas psicológicas surgem na chegada das gestantes ao pré-natal da maternidade onde a pesquisa foi realizada.

2. Considerações metodológicas

Trata-se de um estudo descritivo qualitativo, com Análise Documental retrospectiva. Os dados analisados foram obtidos a partir de informações do Formulário de Acolhimento do Ambulatório (Anexo 1): *Idade; Paridade materna; Bairro; Cor/raça; Fatores psicossociais*; por meio do qual foi fornecido o material para a descrição do perfil da amostra. Também foram coletados os registros das evoluções realizadas pelos profissionais de Psicologia referentes ao Acolhimento, contidos em prontuários.

Esta pesquisa analisou os prontuários de gestantes ingressantes ao pré-natal da maternidade, que passaram pelo Acolhimento Multiprofissional com a presença de um profissional da Psicologia, no período entre fevereiro e junho de 2021. Como critérios de inclusão, foram analisados os prontuários que dispusessem da evolução do profissional de Psicologia referente ao Acolhimento Multiprofissional, sendo excluídos os prontuários com registros que não continham informações pertinentes ao objetivo da pesquisa e aqueles que não puderam ser resgatados para serem analisados. Ao final, 27 prontuários atenderam aos critérios de inclusão e de exclusão previamente estabelecidos.

A coleta de dados foi realizada após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CAEE nº 50469021.0.0000.5275 em 18.08.2021). O recolhimento dos dados de registros em prontuário foi feito a partir da Análise Documental que, segundo Lüdke e André (1986), consiste em uma série de operações que visam a estudar e a analisar um ou vários documentos, com o propósito de buscar identificar informações factuais nos mesmos e descobrir circunstâncias sociais, econômicas e ecológicas com as quais podem estar relacionadas, atentando-se sempre às questões de interesse. Esse tipo de análise é composto pelas etapas de escolha e recolhimento dos documentos que posteriormente serão analisados.

A Análise Documental tem como finalidade, a partir de um conjunto de técnicas parciais, mas complementares, sistematizar e explicar o conteúdo da mensagem e o significado desse conteúdo, através de deduções lógicas e justificadas, tendo como referências sua origem (quem emitiu) e o contexto das mensagens ou os efeitos dessas mensagens (KRIPKA; SCHELLER; BONOTO, 2015). Os documentos analisados foram submetidos à metodologia de Análise de Conteúdo de Bardin (1977), que divide o método em três fases: (1) pré-análise – leitura exaustiva do material recolhido a fim de obter uma visão de conjunto; (2) exploração do material – distribuir trechos, frases ou fragmento de cada texto, reagrupar as partes dos textos por temas encontrados; e (3) tratamento dos resultados/inferência/interpretação.

Nessa direção, a presente pesquisa buscou investigar quais demandas são mais comumente direcionadas ao Serviço de Psicologia no Acolhimento Multiprofissional, discutindo sobre a inserção do psicólogo nesse momento de chegada das gestantes para o pré-natal em uma instituição de alto risco. Para tanto, foi necessário empreender uma leitura atenta e qualificada dos registros extraídos dos prontuários feitos pelos profissionais de Psicologia, associando-os à experiência da psicóloga residente e pesquisadora no Acolhimento Multiprofissional da maternidade pesquisada. Algo que ajudou a nortear a leitura do material foram os tópicos presentes na ficha de acolhimento referentes aos aspectos psicossociais da gestação (Anexo 1): *Fatores de stress emocional, Tratamento de saúde mental, Violência doméstica, Suporte social/apoio familiar*.

Cada categoria foi analisada em termos de presença e frequência de ocorrência nos relatos documentados, buscando-se relações das interpretações com a prática como psicóloga residente no Acolhimento Multiprofissional e o referencial teórico apresentado. A partir daí, foi possível compilar as demandas mais frequentes em dois eixos temáticos: Implicações subjetivas de uma gestação de alto risco e; A gestante e a rede de apoio. Foi possível, ainda, destrinchar cada eixo temático em subcategorias, para a discussão que será apresentada a seguir.

3. Resultados e discussão

O perfil sociodemográfico da população analisada indicou que a idade média das mulheres atendidas foi de 28 anos (min.17- 42 máx.). A maior parte do público analisado se autodeclara como parda (51,9%), seguido por pretas (29,6%), brancas (14,8%) e amarelas (3,7%). Quanto à localidade, a maioria reside na Zona Norte do Rio de Janeiro (59,3%), seguido pela Zona Sul (25,9%), Zona Portuária (7,5%), Centro (3,7%) e Zona Oeste (3,7%). Em relação à paridade materna, a maior parte das mulheres já havia passado por 2 gestações ou mais (70,4%). Quanto ao quesito de tratamento de saúde mental, a maioria declarou nunca terem realizado acompanhamento (77,8%). Em relação a sofrerem ou terem sofrido violência doméstica, a maior parcela das mulheres atendidas (88,9%) relatou não sofrer ou nunca terem sofrido. No geral, as gestantes contam com suporte social (96,2%).

O formulário de acolhimento (Anexo 1) também contém informações de fatores de *stress* emocional. A maior parte das respostas estava relacionada ao medo de perder a gestação atual (22,2%). Outro fator com maior frequência foi a ansiedade (14,8%).

As demandas apresentaram-se de forma bastante diversificada. A possibilidade de acolher, ofertar um acompanhamento psicológico durante o pré-natal e estar disponível a ouvir e receber as palavras daqueles que precisam falar possibilita o surgimento de um espaço de criação, de invenção e de construção de caminhos e possibilidades (QUADROS; CUNHA; UZIEL, 2020). Assim, entende-se que, ao se disponibilizar para esse lugar de escuta, o psicólogo propõe-se a receber a gestante de forma ampliada, ajudando-a a situar e a formular questões e demandas em torno da gestação, desde o início do pré-natal.

A partir desse primeiro encontro entre as gestantes e o profissional de Psicologia, no momento do Acolhimento, algumas demandas ficaram mais evidentes, as quais serão descritas nos eixos a seguir.

3.1 Implicações subjetivas de uma gestação de alto risco

O enfoque de risco, de acordo com o Manual Técnico do Ministério da Saúde (2012), fundamenta-se no fato de que nem todos os indivíduos têm a mesma probabilidade de agravos à saúde, sendo tal probabilidade maior para uns que para outros. Essa diferença estabelece um gradiente de necessidade de cuidados que vai desde o mínimo, para os indivíduos com poucos riscos de sofrerem complicações, até o máximo necessário para aqueles com alta probabilidade de sofrerem agravos (BRASIL, 2012).

Os fatores de risco na gestação podem ser preexistentes ou surgirem ao longo do pré-natal, até no momento do parto. Portanto, durante a assistência pré-natal, pressupõe-se uma avaliação dinâmica das situações de risco, a fim de possibilitar a identificação de agravos o mais precocemente possível, com o intuito de diminuir a probabilidade de desfechos desfavoráveis. Assim, o pré-natal da gestante de alto risco poderá ser diferente, seja em objetivos, conteúdos, número de consultas e tipo de equipe que presta a assistência. A equipe poderá incluir maior número de profissionais, e a gestante poderá passar por consultas e exames mais especializados, o que inclui maior frequência à instituição de saúde, por exemplo. A hospitalização, tão comum quanto por vezes necessária no seguimento da gravidez de alto risco, deve ser considerada como outro fator importante do ponto de vista subjetivo.

O enquadre em uma gestação de alto risco pode implicar riscos tanto para mãe quanto para o bebê. A partir dos relatos registrados, foi possível identificar alguns aspectos que surgiram com maior frequência, os quais estão, de modo geral, relacionados às mudanças de hábitos que um pré-natal de alto risco pode implicar e a preocupações relacionadas ao diagnóstico e à necessidade de um acompanhamento mais especializado.

Essas preocupações e sentimentos em torno do diagnóstico de alto risco apareceram de diferentes formas como demandas nos relatos analisados, com falas em torno das mudanças em

seu quadro de saúde, o medo de perder a gestação atual devido ao alto risco ou ao histórico de perdas. Dessa forma, esses aspectos compuseram as subcategorias do primeiro eixo temático que serão apresentadas a seguir.

3.1.1 Questões de saúde e agravos

A partir das falas registradas, foi possível observar que implicações subjetivas da classificação da gestação como de alto risco foi uma das principais questões apresentadas pelas gestantes em sua chegada ao pré-natal. O diagnóstico de alto risco possui impacto emocional, embora esse aspecto nem sempre seja reconhecido, apresentando desafios adaptativos para a gestante (BRASIL, 2012).

Esses desafios podem surgir logo no primeiro momento, quando o risco é identificado e é inserida a nomeação de gravidez alto risco, diferenciando-as das demais, podendo, assim, ser percebida como fora do normal e implicando encaminhamentos para instituições especializadas. Esse tipo de encaminhamento pode constituir, em si, um fator de estresse, mas, em alguns casos, pode configurar-se como fator de segurança para a mulher, quando ela consegue ter a instituição como referência, atribuindo a ela um lugar onde poderá ser acolhida e cuidada em suas necessidades.

Em alguns casos, quando a condição clínica preexiste à gestação, esta pode ser vista como uma nova oportunidade de vida, um momento de triunfo sobre a doença (BRASIL, 2012). Porém, o contrário também pode se estabelecer, causando uma quebra no equilíbrio emocional, possibilitando a sensação de perda da autoestima e o surgimento de sentimentos de incompetência e angústia, conforme ilustra o seguinte relato: *“A paciente falou que tem diabetes e que sempre conseguiu controlar a sua glicemia por meio de medicamentos e dieta. Com a atual gestação iniciou tratamento com o uso de insulina, contou que é a sua quarta gestação, mas esta é a primeira com “complicações séria de saúde” (sic)... falou que não*

consegue se auto aplicar insulina e que está angustiada por se furar constantemente para monitorar sua glicemia.” (E20).

A classificação de alto risco também implica o sentimento de perda em vários aspectos da vida e a vivência de luto. Esse luto visto de forma ampla: luto pela gestação idealizada, pela perda de sua saúde, pelo bebê em risco. A partir disso, podem também surgir sentimento de culpa, raiva, censura. Tais características impactam diretamente a forma como as gestantes vivenciam esse momento, exigindo das mulheres uma adaptação ainda maior, como ilustra o relato a seguir: *“Conta que é manicure e que acabou perdendo algumas clientes por não ter mais disponibilidade todos os dias como o de costume em função de ter consultas marcadas ou de não se sentir bem naquele momento para trabalhar. Refere que tem sido difícil lidar com esse impacto da gestação em sua vida profissional, que vem passando muito tempo em casa, algo que não estava acostumada.” (E19).*

Além disso, pode trazer comparações com vivências de outras gestações e marcar as diferenças entre uma gravidez de risco habitual e a de alto risco, como é visto no seguinte relato: *“Marca diferença desta gestação e a da filha, e refere estar sendo muito difícil. Traz que tem “passado mal” (sic) por causa da gestação, com enjoos, manchas no corpo e infecção nos ouvidos. Sente que não tem com quem falar sobre a tristeza que sente neste momento.” (E22).*

O diagnóstico de alto risco fetal também traz implicações subjetivas para as gestantes. Durante a gestação, é esperado que a mulher idealize seu filho, construindo expectativas em relação à criança que está por vir. São atribuídas características físicas, de personalidade e gostos a esse bebê, que ajudam a estabelecer uma importante relação entre a díade. Com a notícia de um prognóstico desfavorável para o bebê, pode-se perder a autoconfiança em como cuidar do filho, surgindo sentimentos de desesperança, falta de controle e fantasias de morte (SOUZA *et al.*, 2021).

Os relatos a seguir exemplificam os sentimentos das pacientes diante do futuro incerto de seu filho:

refere estar ansiosa com o diagnóstico de mielomeningocele. (...) Conta que vem questionando-se sobre o futuro do filho devido ao diagnóstico.” (E25).

“(...) teve a notícia de uma possível síndrome em um dos fetos, por alteração na TN. Refere ter ficado muito preocupada, tendo pensado na hipótese de síndromes mais graves e, pensando em como faria para se dividir nos cuidados caso algum dos filhos demandasse mais atenção.” (E11)

De uma maneira geral, os aspectos relacionados à saúde e ao diagnóstico de uma gestação de alto risco podem trazer diversas questões emocionais e, em alguns casos, pode ser o fator de maior estresse para a gestante. Importante assinalar que o contexto em que essas demandas foram recolhidas é, geralmente, um recorte de tempo que é o início da gestação, mais especificamente o final do primeiro trimestre, período em que são recebidas no Acolhimento, após encaminhamento para a instituição. Algumas das questões apresentadas na entrada ao pré-natal podem variar ao longo da gestação.

3.1.2 Situações de perda gestacional

Histórico de perdas gestacionais são comuns na rotina do pré-natal de alto risco e trazem implicações subjetivas para a mulher e para a família, inclusive na vivência de uma nova gestação. Foi observado, de forma recorrente, nos relatos das evoluções analisadas, o medo das gestantes em relação à perda da atual gestação. Esses medos, em muitos casos, estavam relacionados a vivências de perdas anteriores, experiências muito marcantes na vida dessas mulheres.

Segundo Zornig (2010), a chegada de um filho reflete projetos e planos futuros de vida criados no imaginário desses pais. Durante a gravidez, o que se espera é que tudo ocorra dentro

do esperado, em um processo de bem-estar da mãe e do bebê. Quando a perda gestacional ocorre, essa simbologia da vida é atravessada por marcas profundas e traumáticas na mulher, no casal, nos familiares e em todos que vivenciam em conjunto a dolorosa experiência da perda (SANTOS *et al.*, 2012).

Em pesquisa realizada por Lemos e Cunha (2015), foi demonstrado que a vivência da perda gera sentimentos de tristeza, surpresa, impotência, além do receio de que os impactos dessa perda ressurgam em uma nova gestação. Tal receio, em muitos casos, não impede que as mulheres apostem novamente no projeto de ser mãe, contudo ainda existe o medo de vivenciar a perda novamente, como ilustram os seguintes relatos:

“Fala do seu luto referente à gestação anembrionária. Refere medo acerca desta gestação, pontuando que fica muito nervosa quando tem pequenos sangramentos, tendo muito medo de perder o bebê. (...) Fala das ambivalências presentes nesse momento, onde está feliz pela gestação, mas ainda sentindo essas perdas.” (E9).

“Refere preocupação em relação à gestação por ter passado por muitas perdas anteriormente. Mostra-se chorosa ao falar sobre sua preocupação com a gestação atual e sobre as perdas que vivenciou. (...) Refere que estava preocupada se iria conseguir realizar o pré-natal de alto risco neste momento, e que sentiu-se mais aliviada ao ser atendida” (E8).

Como exemplificado nos relatos acima, o medo de uma nova perda pode aparecer como uma grande preocupação quando se inicia o acompanhamento de uma nova gestação. A perda de um bebê durante o período gestacional causa diversas reações à mulher, além de ser um evento muito significativo que envolve memórias do passado e expectativas para o futuro. Dessa forma, as mulheres que passam por esse momento ficam fragilizadas emocionalmente necessitando de acolhimento, atenção e suporte de toda uma rede de apoio, incluindo os profissionais de saúde (LEMOS; CUNHA, 2015). Poder falar de suas perdas anteriores e saber

que estão em uma unidade onde o cuidado é amplo pode proporcionar um suporte ainda maior para essas gestantes.

A perda tardia de um bebê, que traz a necessidade da realização do sepultamento desse filho, implica também repercussões significativas na vida das mulheres e das famílias. Faz-se necessário ressaltar que o processo de reconhecimento e de despedida de um filho pode ser fundamental para a elaboração do luto (SANTOS *et al.*, 2012). O relato a seguir demonstra os impactos gerados por uma perda tardia e como esses medos podem retornar no momento de vivenciar uma nova gestação, mesmo essa sendo desejada: *“mostrou-se muito emotiva e chorosa ao falar sobre suas perdas gestacionais anteriores. Refere estar com muito medo de perder este bebê. (...) Pontuou ser especificamente difícil ter passado por esta última perda, referindo que já estava em idade gestacional avançada e que precisou enterrar o bebê. Fez acompanhamento psicológico e psiquiátrico por 2 anos na época. Apresenta interesse em realizar acompanhamento psicológico durante o pré-natal.” (E10).*

Para mulheres que já vivenciaram insucessos em gestações anteriores, o processo de uma nova gravidez pode significar um duplo esforço para a manutenção do equilíbrio físico e psíquico, visto que, após uma ou mais perdas gestacionais, é comum que as mulheres apresentem ansiedade, insegurança e dificuldades de acreditar no sucesso da sua capacidade reprodutiva e materna (LEMOS; CUNHA, 2015). Os trechos a seguir ilustram esses sentimentos:

“Mostrou-se mobilizada ao falar de seus medos frente a essa gestação, trazendo suas perdas anteriores. Conta que já teve 2 abortos e uma gestação que teve um bebê neomorto. Refere estar sendo um pouco difícil de apostar nessa gestação, pensando nas experiências que já passou, apesar de ser algo que quer.” (E6)

“refere estar em sua quarta gestação – tem 1 filho de 9 anos e teve duas gestações molares. (...) Apesar de aceitar a gestação, contou que, por vezes, se sente muito angustiada e que chegou a passar um período sem sair do quarto. Situa essa angústia falando sobre duas situações: estar longe do filho e a sua última gestação. (...) Traz muito o medo de que isso ocorra novamente e, refere ter receio de investir mais nesta gestação por conta disso.” (E3)

Conforme foi possível observar através dos relatos, juntamente com o que se apresenta na literatura, o medo de perder a atual gestação atrelado ao histórico de perdas pode produzir sentimentos de angústia, ansiedade e insegurança nas gestantes que iniciam o pré-natal.

3.2 A gestante e a rede de apoio

A gestação não é um evento marcante apenas para a mulher. Esse evento repercute na dinâmica do casal, da família, dos amigos, da comunidade, trazendo mudanças na organização familiar e tendo interferências do meio social, a partir do valor que se é atribuído à chegada de um filho. Autores como Ariès (1986) e Badinter (2011) compreendem a maternidade como uma construção social enraizada simbolicamente, que sofre variações em relação ao diferentes contextos históricos, sociais, econômicos, políticos e culturais. Tais valores impactam na forma como cada mulher irá vivenciar a gravidez e a maternidade. Assim, o valor atribuído à maternidade também depende da configuração histórico-social na qual ela está inserida, interferindo na forma como as mulheres vivenciarão a construção dessa função materna.

A esse respeito, Iaconelli (2012) assinala que a construção da função materna está inteiramente relacionada ao laço social, visto que, além de ocupar o lugar no imaginário dos pais, o bebê deverá ser reconhecido como fazendo parte de uma cadeia significativa, onde seja reconhecido seu lugar de pertencimento social, estabelecendo uma cadeia de enlaces que o articulem com os significantes que o precedem. A autora complementa essa ideia com um conceito apresentado por Aulagnier (1979), o de contrato narcisista, o qual se apresentaria como

regulador do investimento da criança pelo casal a partir do posto que a relação entre o casal parental e a criança leva sempre o traço da relação do casal com o meio social que o cerca.

O nascimento de um bebê trata-se de um evento referido ao social, pois referido à entrada de um novo membro na comunidade, rerepresentando-a e perpetuando-a. O discurso social projeta sobre o *infans* a mesma antecipação própria ao discurso parental: bem antes do novo sujeito estar lá, o grupo pré-investirá o lugar que ele supostamente ocupará (AULAGNIER, 1979, *apud* IACONELLI, 2012). Assim, a ilusão antecipatória de sujeito pode ser pensada tanto no âmbito dos pais para o bebê, quanto no âmbito da cultura, que outorga a cada bebê um lugar de sujeito ou não, antes mesmo da concepção.

3.2.1 *Planejamento familiar*

A gestação é um evento que reconfigura o planejamento de vida do casal. Quando esta não ocorre de maneira planejada, pode trazer questões para o casal no momento da notícia e na vivência da gestação. O não planejamento da gravidez foi um aspecto que apareceu com frequência nos dados analisados. Entende-se como não planejada aquela gestação que não foi programada pelo casal ou pela mulher, podendo ser indesejada quando se contrapõe aos desejos e às expectativas do casal ou pode ser considerada inoportuna, quando acontece em um momento de vida desfavorável.

A gravidez não planejada pode gerar impactos importantes ao acompanhamento e à adesão ao pré-natal, podendo trazer dificuldades de vivenciar a gestação (DELGADO *et al.*, 2020). Isso porque todos os planos precisam ser revistos e rotinas de vida precisam ser adaptadas quando se espera um filho. Quando esse fator ainda se soma ao diagnóstico de uma gestação de alto risco, a aceitação pode se tornar ainda mais difícil, visto que exige um cuidado ainda maior, mudanças significativas nos hábitos além de visitas mais frequentes à unidade de

saúde durante o pré-natal. Os trechos a seguir exemplificam a relação do impacto de vivenciar uma gravidez não planejada e a aceitação da gestação devido a esse inesperado:

“Contou que não estava planejando engravidar e que foi difícil aceitar a gestação nas primeiras semanas, pois tinha planos para sua vida acadêmica e profissional nesse momento.”
(E21)

“contou que a gestação veio de forma inesperada. Refere estar aceitando a mesma, mas que está em um contexto complicado no momento. (...) Estava no fim do ensino médio quando engravidou. Voltou a estudar e terminou a escola após a gestação. Estava preparando-se para entrar no mercado de trabalho quando soube da gestação atual.” (E1)

Em relação à gravidez não planejada, os primeiros sentimentos podem estar relacionados à rejeição e à não aceitação da gravidez, mas cabe ressaltar que essa reação inicial frequentemente se modifica ao longo da gestação, ou seja, uma atitude inicial de rejeição pode dar lugar a uma atitude predominante de aceitação e vice-versa. Além disso, conforme destaca Maldonado (1997), não existe uma gravidez totalmente aceita ou totalmente rejeitada. Este, então, é um ponto muito importante para os profissionais de saúde, uma vez que a não aceitação da gravidez ainda é visto como um tabu.

Esse momento pode ser marcado por conflitos e dificuldades entre o casal e, em alguns casos, essa configuração pode gerar sentimentos ambivalentes como culpa, frustração, tristeza e vergonha, tornando mais difícil o investimento na gestação, pois o suporte do companheiro nesse momento é de grande importância para a mulher (RODRIGUES; LOPES, 2016), como demonstra o relato a seguir: *“Conta que a gestação, sua primeira, veio de forma inesperada. Está em um relacionamento com o pai do bebê há 3 anos que conta que o casal não pretendia ter filhos. (...) Refere ter sido difícil lidar com algo tão inesperado e que não estava nos seus planos. Descobriu a gestação há 1 mês e refere que desde então, vem se “conformando” (sic)*

com a situação e diz que acha que está lidando bem dentro das possibilidades, com todas essas mudanças, mostra-se chorosa ao falar sobre.” (E2)

O contexto em que a gestação não planejada se estabelece também pode influenciar na vivência das gestantes, como por exemplos as condições de vulnerabilidade socioeconômicas. Em pesquisa realizada por Prietsch et al. (2011) situações como desemprego do casal e a falta de renda para o sustento da família são favoráveis para a ocorrência de uma gravidez não planejada, essa condição se relaciona ao fato da falta de acesso ao planejamento familiar, tais como conhecimento de métodos contraceptivos disponíveis e acesso à informação suficiente da mulher e do seu parceiro para a realização de um planejamento.

Dessa forma, a mulher se apresenta ainda mais fragilizada ao vivenciar uma gravidez de alto risco, não planejada e com condições socioeconômicas desfavoráveis, podendo trazer sofrimentos diversos nesse momento, como ilustrado no relato a seguir: *“Refere que a gestação atual veio de forma inesperada. Está em um relacionamento com o pai do bebê há 1 ano. Lamenta, de forma entristecida e chorosa, o contexto em que veio esta gestação – perdeu o emprego recentemente, o companheiro estava em um trabalho com continuidade incerta e estava morando a pouco tempo com o companheiro.” (E22)*

Importante assinalar que o desejo por uma gestação se mostra de forma ambivalente em diversos momentos da vida da mulher e do casal. Isso porque, planejada ou não, a ocorrência de uma gravidez traz diversas mudanças na organização de vida dos progenitores. São essas mudanças que, passado o momento, poderão dizer de que forma essa gestação será recebida e as relações que serão estabelecidas por ela. Por isso, uma gestação não planejada não pode ser atrelada à inexistência de um desejo de vivenciar essa experiência e do desejo de se tornarem pai e mãe. Assim também a não aceitação inicial de uma gravidez não significará a cristalização dessa posição durante todo o processo de gestar. A possibilidade de falarem sobre essas

ambivalências e os conflitos que surgem devido a uma gestação não planejada pode ajudar as gestantes a entender o lugar atribuído à gestação e a esse filho, contribuindo para uma maior adesão ao pré-natal.

3.2.2 Violência doméstica

A violência doméstica é uma das formas de violência contra mulher que pode ser definida como todas as formas de violência praticadas no ambiente familiar, podendo também refletir a violência contra a mulher perpetrada por seu parceiro íntimo (SANTOS *et al.*, 2010). Essa é uma realidade frequente na população brasileira, marcando suas histórias em diversos momentos do seu ciclo de vida. Quando a violência ocorre durante a gravidez, período em que a mulher se encontra em grande fragilidade física e emocional, as equipes dos serviços de saúde devem estar atentas aos sinais de violência, visto que podem desencadear danos para saúde da mãe e do bebê.

O momento do Acolhimento pode ser uma peça-chave para que a mulher compartilhe sobre sua situação e busque ajuda, amparada pela equipe. No Acolhimento realizado na instituição, o formulário de acolhimento (Anexo 1) contém uma pergunta sobre violência doméstica, permitindo que as gestantes possam falar sobre a violência sofrida. Porém, nem sempre essas mulheres conseguem sinalizar no formulário a violência vivida, seja pelo receio de que tal informação possa mobilizar a equipe, seja pelo receio de que mais pessoas saibam da sua condição. Diante disso, é importante frisar a necessidade de se estabelecer um ambiente acolhedor e seguro para que essas mulheres possam falar sobre a violência que sofrem ou já sofreram e consigam enxergar a instituição como um lugar de apoio. Estudos apontam que os serviços de pré-natal são os mais indicados para identificar as vítimas de violência doméstica durante a gestação, porém nem sempre a violência irá se apresentar com evidências claras de

agressões físicas, tornando necessário uma maior atenção das equipes para proporcionar os acompanhamentos e encaminhamentos devidos para o caso (SANTOS *et al.*, 2010).

A sensibilidade da equipe é um fator fundamental nesses tipos de caso, visando a atender as necessidades da gestante naquele momento e proporcionando a criação de um vínculo para se estabelecer um plano de cuidado. O relato a seguir demonstra a postura tomada pela enfermeira da equipe que avaliou a necessidade de um acolhimento individual da paciente com o Serviço de Psicologia, após ouvir sobre o relato de violência doméstica: *“Acolho individualmente por indicação da enfermeira devido ao relato de violência doméstica. (...) conta que sofreu violência de um ex-companheiro, mas esta vivência a marcou e atualmente não deixa nenhum homem com quem se relacione conhecer o filho para não envolvê-lo. O filho que está esperando é do mesmo pai, mas já estavam separados quando soube da gravidez. (...) acha que seria importante falar da falta de apoio do ex-marido nessa gestação.”* (E27).

Posturas como essas se mostram cada vez mais importantes nos atendimentos às gestantes, pois a articulação e o manejo dos profissionais irão refletir na forma como a mulher vai se vincular à equipe.

Ainda existe no imaginário social que a violência doméstica só se concretiza a partir de atos recorrentes de violência física, sendo difícil para algumas mulheres reconhecerem a sua condição de vulnerabilidade. Em um dos relatos analisados, a paciente identifica a violência como um momento pontual e conturbado da relação: *“Conta que o relacionamento dos dois fora conturbado no início, e que, há 1 ano atrás chegou a ser agredida por ele em uma briga.”* (E21). Um ponto importante a ser destacado é o fato de que o reconhecimento dessa violência seja feito a partir de um processo de construção da própria paciente, contando com o auxílio da equipe.

3.2.3 Luto pela perda de alguém de grande valor afetivo

A perda de um ente querido, por si só, constitui um evento de muito sofrimento pela falta daquele que se foi. Vivenciar essa perda em um momento de grandes mudanças, como a gravidez, pode ser um processo ainda mais difícil. Na gestação, em especial, a morte produz sentimentos muito ambivalentes devido ao momento vivido. Isso porque, durante a gravidez, o que está em evidência é a vida, o que torna mais complexo lidar com as questões referentes à morte.

De maneira geral, o luto pode ser considerado como o rompimento do vínculo com alguém no qual existia um grande valor afetivo, sendo um processo único e individual, não sendo possível determinar um tempo para sua duração, pois é um processo que varia de pessoa para pessoa (MELLO, 2020). A morte é ainda mais sentida, nesse período, quando a pessoa que partiu possui um grande valor simbólico, podendo interferir diretamente no lugar que essa gestação ocupa, trazendo mudanças sobre os sentidos da gravidez. Os relatos a seguir demonstram as dificuldades citadas:

“Falou também da perda do seu pai, que ocorreu, digo, ocorrera em 2018, trazendo bastante dor em sua fala. Recebe certo suporte de sua mãe e irmão, mas refere que seu pai era sua principal figura de cuidado.” (E9)

“conta que a gestação veio de forma inesperada. Refere estar aceitando a mesma, mas que está em um contexto complicado no momento. Perdeu o pai e o avô por COVID no último mês, perto do período que soube da gestação. Apesar de ter relação boa com a família, refere não estar conseguindo falar sobre essas perdas para ninguém.” (E1)

Quanto ao último relato citado, cabe ressaltar que a Pandemia de COVID-19 impôs diversas mudanças na forma de vivenciar esse momento da perda de um ente querido, restringindo ou impossibilitando que os familiares tivessem um momento de despedida, não

conseguindo ritualizar a morte, nem se conectar com a sua dor (MELLO, 2020). A falta desses rituais pode trazer consequências significativas para a elaboração da perda, com isso, torna-se de grande importância possibilitar um lugar de acolhimento e escuta para auxiliar no processo do luto.

O luto é um processo natural e importante, e cada um irá constituir seu caminho para lidar com esta perda, na sua realidade psíquica e na sua realidade fatural, de acordo com seus recursos e buscando na realidade meios que possa lhe auxiliar a lidar com esse sofrimento (MELLO, 2020). Alguns relatos demonstraram que gestantes que passaram por uma perda significativa em outro momento da sua história, buscaram ajuda, tanto psicológica quanto psiquiátrica, para auxiliarem a lidarem com esse momento de tanto sofrimento: *“Contou que seu segundo filho faleceu há dois anos com 14 anos de idade, o que a causou sofrimento. Fez acompanhamento psiquiátrico na época e tomou medicamento controlado para ajudar no sono por 1 ano e meio.” (E20)*

“conta que realizava acompanhamento psicológico desde 9 anos, quando seu pai faleceu, e que parou recentemente, em função da pandemia. Refere ter desenvolvido ansiedade e depressão com a morte do pai, que fora violenta.” (E23)

A gestação é um momento do ciclo de vida que também envolve diversos lutos que fazem parte da construção dessa nova condição. Quando outras perdas significativas perpassam o período da gravidez, a mulher pode apresentar dificuldades com a elaboração de tantas perdas necessitando de um espaço para expressar em palavras e criar caminhos possíveis para vivenciar esses lutos.

A esse respeito, um estudo realizado por Azevedo, Araújo, Costa e Júnior (2009) observou que gestantes classificadas como de alto risco trouxeram como demanda a falta de espaço para conversar, especialmente sobre questões ligadas à dimensão emocional durante o

acompanhamento ambulatorial de pré-natal. A presença do psicólogo no Acolhimento procura promover esse espaço de escuta para as gestantes, além de auxiliar a equipe quanto ao recebimento de demandas relacionadas às questões emocionais e avaliar a necessidade de um acompanhamento mais específico.

De uma maneira geral, as demandas apresentadas puderam contribuir para o entendimento da importância de um espaço de fala para as gestantes que iniciam um acompanhamento de alto risco. Além disso, torna-se fundamental que essas mulheres possuam um espaço de escuta qualificada, seja em atendimentos individuais ou em suporte às equipes que as acompanham, para expressar os desdobramentos e implicações subjetivas diante da vivência de uma gestação de alto risco, e, assim, possam construir sentidos singulares de si diante desse contexto e analisar com mais autonomia quais são suas necessidades nesse momento.

4. Considerações finais

Considerou-se, aqui, o Acolhimento, além de uma prática, como uma tecnologia do encontro. Dito de outro modo, o Acolhimento pode ser visto como um instrumento que possibilita o encontro e que pode propiciar um sistema de afetos que potencializem a produção de saúde, na medida em que permitam a construção de redes de diálogos (LESSA, 2010). A escuta clínica permite ouvir o sofrimento, acolher angústias e desamparos, sendo importante considerar o processo de vínculo e de responsabilização do paciente na rede de saúde a partir de um atendimento humanizado e resolutivo.

Cabe aos profissionais, nesse momento, a disponibilidade para permitir que a gestante fale de suas preocupações e angústias que são únicas e singulares. A abertura de um diálogo franco possibilita acolher, discutir e esclarecer questões que são específicas desse momento da vida, mas que são vivenciadas de formas distintas por cada mulher. O Acolhimento pode ser caracterizado, então, como uma comunicação afetiva, mobilizadora de afetos e ponto de partida para o estabelecimento de qualquer atividade terapêutica na relação entre o profissional de saúde e o paciente (LESSA, 2010).

Partindo dessa concepção, pôde-se entender a inserção do psicólogo no Acolhimento Multidisciplinar como favorecedor do vínculo da paciente com as equipes e a instituição, possibilitando uma atenção continuada e a implicação de cada sujeito em seu cuidado. No entanto, o trabalho Interdisciplinar inclui a abertura a um campo de complexidades, quando se inclui o contexto singular de cada sujeito e os diversos fatores a ele relacionados (psíquicos, culturais, sociais, dentre outros).

A partir de sua escuta, portanto, o psicólogo é capaz de evidenciar os riscos psíquicos e vulnerabilidades daquela gestação que necessitam de cuidado psicológico à gestante e, então,

contribuir pelos encaminhamentos necessários em cada situação. As situações, sempre particulares e únicas, podem necessitar de uma escuta psicológica pontual e individual à gestante no momento do acolhimento ou o seguimento em acompanhamento psicológico posterior durante o pré-natal; ou, mesmo, de um suporte às equipes na atenção à gestante ao longo de seu percurso na instituição.

A inserção do psicólogo no Acolhimento permite que as gestantes tenham um primeiro encontro com esse espaço de fala, auxiliando-as no entendimento mais amplo sobre o cuidado em saúde e na construção das demandas. Além disso, o psicólogo abre um espaço dentro da própria Equipe Multiprofissional, propiciando um ambiente de reflexão sobre as demandas e a função da equipe no que se relaciona à produção do cuidado. Acolher essas mulheres, em uma instituição de alto risco, é considerá-las de forma contextualizada, responsabilizando-se pelo seu cuidado e fortalecendo vínculo para um cuidado humanizado.

Com a análise realizada a partir dos dados encontrados, foi possível perceber a existência de demandas amplas e diversificadas. Isso demonstra que permitir a abertura de um espaço de escuta é permitir dar lugar àquilo que é do inesperado e que só pode surgir a partir deste encontro. Ao se deparar com esse lugar de escuta onde não se sabe o que e nem como surgirá, cabe, então, ao psicólogo o desafio de dar contornos e caminhos possíveis frente ao que surge desse encontro.

O que é se deparar com a Psicologia nesse início? Chama atenção o dado obtido pelo levantamento sociodemográfico que indicou que a maioria das mulheres (77,8%) nunca havia passado por acompanhamento de saúde mental. A partir da discussão apresentada, percebeu-se que a presença do psicólogo não é somente recolher, é ajudar a produzir junto às pacientes e à equipe essas demandas e como encaminhá-las.

A demanda nem sempre se evidencia de uma maneira objetiva, pois sua constituição se dá a partir de um campo simbólico que inclui o que a própria paciente supõe que o serviço de saúde tem a lhe oferecer. Com isso, o que se é ofertado e a forma como o serviço será oferecido irá compor o terreno para que as demandas sejam construídas. Quando pensamos nos serviços de saúde e a ideia de uma atenção integral, mostra-se necessário que, desde o início, a paciente possa compreender que as suas questões de saúde serão vistas de uma forma ampla. A presença do profissional de Psicologia nesse momento do Acolhimento auxilia as gestantes a entenderem o lugar e a função do psicólogo no acompanhamento do pré-natal de alto risco, visto que a presença impacta a forma como a demanda pode ser direcionada.

Dessa forma, a ideia de cuidado que se produz no serviço está atrelada a um conjunto de representações que dão significado à assistência prestada. Dito isso, é possível considerar a demanda como um fator socialmente construído e, por isso, em certo ponto, encontra-se relacionada ao perfil de oferta dos serviços de saúde e à forma como estes estabelecem a produção do cuidado e as relações entre os profissionais e usuários (FRANCO; MERHY, 2005). Quando o psicólogo se coloca em presença, sendo parte integrante de uma Equipe Multiprofissional, na chegada dessas gestantes ao serviço de saúde, o que se mostra presente é, também, uma nova forma de olhar o sujeito e uma nova forma de enxergar o serviço de saúde prestado. De entrada, essa configuração permite que as gestantes possam compreender que o cuidado a ser oferecido não diz respeito apenas aos cuidados fisiológicos relacionados à gravidez de alto risco, possibilitando olhar para si mesmas e perguntarem-se quais são as suas necessidades de cuidado nesse momento. Em contrapartida, essa visão também auxilia os profissionais de todas as categorias, pois abre espaço para que a história de cada mulher seja vista e contada por elas mesmas, contribuindo para que a equipe consiga auxiliar no reconhecimento e na construção das demandas que se apresentam.

A partir desse trabalho no Acolhimento, o Serviço de Psicologia consegue obter uma visão de como essas gestantes estão iniciando o acompanhamento pré-natal, e fortalecer, com a presença do psicólogo, a existência de um espaço para que elas possam expressar em palavras as questões que a vivência desse momento do ciclo de vida suscita, seja de uma forma pontual no momento do Acolhimento, seja no seguimento de um acompanhamento contínuo em atendimentos individuais, ou com o conhecimento que este serviço estará disponível durante todo o pré-natal.

Espera-se, com esse trabalho, contribuir para discussão sobre a prática e importância da inserção do profissional de psicologia na equipe Multidisciplinar do Acolhimento realizado em cenários semelhantes ao da pesquisa. Além disso, os resultados apresentados também podem trazer contribuições para a comunidade científica, ao oferecer conhecimentos sobre as demandas que podem existir para um serviço de psicologia em uma maternidade de alto risco e sobre o manejo do trabalho interdisciplinar.

5. Referências

- Ariès, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.
- Badinter, E. **O conflito: a mulher e a mãe**. Rio de Janeiro: Record, 2011.
- Azevedo, D. V., Araújo, A. C. P. F., Costa, I. C. C., & Júnior, A. M. **Percepções e sentimentos de gestantes e puérperas sobre a pré-eclâmpsia**. Revista de Salud Pública, 11, 347-358, 2009.
- Bardin, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 1977
- Brasil. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília, 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico**. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- Brasil. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção humanizada – Manual Técnico**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília, 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília, 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

Delgado, V.G., Oliveira, E. S., Frota, E. F. P., Neta, A. R. D., Chaves, R. F., Nascimento, G. O. B., Maciel, A. E. C. & Soares, F. G. S. **Gravidez não planejada e os fatores associados à prática do aborto: revisão de literatura.** Brazilian Journal Of Health Review, [S.L.], v. 3, n. 5, p. 12315-12327, 2020.

Franco, T.B. & Merhy, E.E., **Produção Imaginária da Demanda** in Pinheiro, R. & Mattos, R.A. (orgs.) “Construção Social da Demanda”; IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005.

Ferreira, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. p. 27.

Iaconelli, V. **Mal-estar na maternidade: do infanticídio à função materna.** 2d. São Paulo: Zagodoni, 2020.

Kripka, R. M. L.; Scheller, M. & Bonotto, D. L. **Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização.** Revista de investigaciones UNAD, v. 14, n. 2, p. 55-73, 2015.

Lemos, L. F. S. & Cunha, A. C. B. **Concepções Sobre Morte e Luto: Experiência Feminina Sobre a Perda Gestacional.** Psicologia: Ciência e Profissão, v. 35, n. 4 [online]. 2015.

Lessa, R. R. **Enfermagem e acolhimento: a importância da interação dialógica no pré-natal.** Rev. Pesq. Cuid. Fundam. Online 2010; 2(3).

Lüdke, M. & André, M. . **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo. 1986

Maldonado, M. T. **Psicologia da Gravidez.** Editora: Saraiva, 1997.

Mello, R. (2020). **Luto na Pandemia COVID-19.** Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental, 9(1), 7-17. Recuperado de <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/289>

Miyazaki, C. M. A. et al. **Vivência da gestação e parto de alto risco: uma reflexão a partir do referencial psicanalítico.** Rev. SBPH, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 04-24, dez. 2019.

Moraes, S. D. T. A. et al. . **Acolhendo o acolhedor: o caminho mais curto para a humanização da assistência.** Rev. bras. crescimento desenvolv. hum., São Paulo, v. 19, n. 3, p. 393-402, dez. 2009.

Prietsch, S. O. M. et al. **Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados.** Cadernos de Saúde Pública, v. 27, n. 10 [online]. 2011.

Quadros, L. C. T., Cunha, C. C. & Uziel, A. P. **Acolhimento psicológico e afetos em tempos de Pandemia: Práticas Políticas de Afirmação da vida.** Psicologia & Sociedade [online]. 2020

Rodrigues, C., & Lopes, A.. **A Gravidez não planejada de mulheres atendidas no pré-natal das Unidades Básicas de Saúde.** ID on line. Revista de psicologia, 10(32), 70-87. 2016
doi:<https://doi.org/10.14295/online.v10i32.579>

Santos, S., Lovisi, G. & Valente, C. **Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro.** Cad. saúde colet. 18(4)out.-dez. 2010.

Silva, T. F.; & Romano, V. F. **Sobre o acolhimento: Discurso e prática em unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro.** Saúde Debate, 39(105), 363-374. 2015.

Souza, G. F. A. et al. **Apego materno-fetal e transtornos psiquiátricos em gestantes com fetos malformados.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria [online]. 2021

Zornig, S. M. A. **Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade.** Tempo psicanal. [online]. vol.42, n.2, pp. 453-470. ISSN 0101-4838. 2010

ANEXO 1: Formulário de Acolhimento do Ambulatório



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE ESCOLA
FORMULÁRIO ACOLHIMENTO AMBULATORIO

Médico: _____ Data: ____/____/____

1) IDENTIFICAÇÃO:			
Nome: _____			
Bairro: _____		Cor/Raça: Branca/ Parda/ Preta/ Indígena/ Amarela	
Tel.: _____ Cel.: _____			
Idade: _____	Peso Pré - Gestacional _____	G: _____	P: _____ A: _____
Peso Atual _____	Altura: _____	IMC: _____	DJM: ____/____/____
2) ULTRASSONOGRAFIA:			
Data da Realização: _____		IG: _____	IG Atual: _____
Batimento Cardíaco fetal _____		Sim () Não () BCF: _____	Não ()
Visualização do Embrião/Feto _____		Sim ()	Não ()
3) ANAMNESE:			
Hipertensão Arterial _____		Sim () Não ()	Em uso de AAS () Sim () Não ()
PA: _____ X	Uso de anti-hipertensivo? _____	Dose diária: _____	
Diabetes Mellitus _____		Sim () Não ()	
Qual tipo? _____		Uso de medicação ou insulina? _____	
Tireoideopatias _____		Sim () Não ()	Tipo: _____
Em uso de medicação? _____		Dose diária: _____	
Doenças Cardíacas _____		Sim () Não ()	
Doenças Pulmonar _____		Sim () Não ()	
História de Trombose Venosa _____		Sim () Não ()	
Obesidade _____		Sim () Não ()	
Neuropatias (Convulsão / Epilepsia) _____		Sim () Não ()	Uso de medicação: _____
Ginecopatias (HPV / Sífilis / Herpes Genital) _____		Sim () Não ()	
Mal Formação Fetal _____		Sim () Não () Não sabe ()	
Gerneralidade _____		Sim () Não () Não sabe ()	
Etilista: _____		Sim () Não ()	Quantas doses/dia? _____
Tabagista: _____		Sim () Não ()	Cigarros/dia? _____
Usuária de drogas: _____		Sim () Não ()	Qual tipo?/dia? _____
4) HISTÓRIA PREGRESSA:			
Pré Eclampsia/ Eclampsia em gestação anterior? Sim () Não () Ano: _____			
Alergias: _____			
Cirurgias Anteriores: _____			
Diabetes em gestação anterior? Sim () Não () Não sabe () Usou Insulina () Sim () Não ()			
5) FATORES PSICOSSOCIAIS:			
Fatores de stresse emocional? _____			
Tratamento de saúde mental: Sim () Não () Violência doméstica? Sim () Não () Outro () _____			
Conta com suporte social / Apoio familiar? _____			
Em caso de emergência quem você deseja contactar? _____			
6) OBS.:			
7) Orientações de enfermagem da rotina do pré-natal:			
Declaro que recebi orientações de enfermagem sobre: agendamentos, senhas, horário de pesagem, atendimento no pré-natal, na emergência, faltas e funcionamento da instituição.			
Assinatura da paciente ou responsável: _____			
Data do Acolhimento: ____/____/____		Enfermeiro Responsável _____	

A gestante participou do Grupo de Acolhimento e recebeu orientações nutricionais qualitativas sobre alimentação saudável? () Sim () Não

A gestante foi encaminhada para consulta individual? () sim () não

Motivo(s) do encaminhamento:

() Idade < 18 anos	() Síndromes Hipertensivas (HAS/ PE)
() Gestação múltipla	() Diabetes mellitus prévio (tipo 1/ tipo 2/LADA)
() Baixo peso pré-gestacional	() Diabetes mellitus gestacional
() Obesidade pré-gestacional	() Pós cirurgia bariátrica
() Outros _____	

Nutricionista Responsável

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TESTE RÁPIDO DE HIV

NOME: _____

Fui informada pela enfermeira _____ sobre a necessidade de realização de Teste Sanguíneo para HIV (IMUNO DEFICIÊNCIA HUMANA). Foi-me explicado que:

1. O motivo da realização do Teste do HIV é para saber se há necessidade de mudança de conduta no parto. Permitirá, se necessário, o uso de medicamentos antivirais em benefício da minha saúde e do meu filho.
2. Que este Teste (Teste Rápido) é um Teste de Triagem, NÃO É DEFINITIVO. Serve para, caso positivo, indicar a necessidade da realização de outros exames.
3. Caso o Teste Rápido seja POSITIVO, não significa obrigatoriamente que sou portadora do vírus HIV ou AIDS.
O resultado do teste rápido pode ser:
a) Negativo: significa que não estou infectada ou que a infecção é muito recente e não houve tempo.
b) Indeterminado: este resultado poderá significar Falso positivo ou Verdadeiro positivo de infecção recente;
c) Positivo: o profissional deve discutir o resultado e prestar as informações sobre HIV.
4. O Teste Rápido, às vezes, apresenta resultado FALSO POSITIVO.
5. O Teste Rápido sendo POSITIVO é necessário a realização de outros testes de CONFIRMAÇÃO.
6. O resultado do Teste de confirmação do HIV é demorado (alguns dias).
7. No caso do Teste Rápido ser POSITIVO – o meu recém-nascido não deverá ser amamentado ao seio, até o resultado dos exames de confirmação.
8. O meu filho poderá necessitar tomar medicamentos, até a chegada do resultado dos exames de confirmação do HIV.
9. Caso o Teste Rápido seja positivo o meu filho não precisa ficar isolado, podendo ir para o Alojamento Conjunto, se não houver outra contra indicação clínica que obrigue a ficar em unidade intensiva.
10. Foi-me explicado que posso recusar fazer o Teste Rápido para o HIV.
11. Foi-me explicado que caso não concorde em fazer o teste do HIV, esta atitude poderá eventualmente, trazer prejuízo à minha saúde e a do meu filho. O teste é realizado para se poder tratar caso haja necessidade.
12. Entendi tudo o que foi explicado pela enfermagem.
13. () Concordo em realizar o Teste de Triagem para o HIV (Teste Rápido).
14. () Não concordo em realizar o Teste de Triagem para o HIV (Teste Rápido).

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20__

Assinatura da paciente _____

Responsável legal pela paciente _____