

# OMNIA SAÚDE

Faculdades Adamantinenses Integradas (FAI)  
[www.fai.com.br](http://www.fai.com.br)

COLOMBO, Tatiana de Araujo; CORTELO Fernando M. O papel do psicólogo frente às demandas psicológicas na internação do hospital geral. *Omnia Saúde*, v.13, n.2, p.41-52, 2016.

ISSN versão Online 2236-188X  
ISSN versão Impressa 1806-6763

Recebido em: 10/09/2016  
Revisado em: 21/12/2016  
Aceito em: 22/12/2016

## **O PAPEL DO PSICÓLOGO FRENTE ÀS DEMANDAS PSICOLÓGICAS NA INTERNAÇÃO DO HOSPITAL GERAL**

### **THE PSYCHOLOGIST'S ROLE IN RESPECT OF PSYCHOLOGICAL DEMANDS IN THE INTERNATION OF THE GENERAL HOSPITAL**

**Tatiana de Araujo Colombo**

Psicóloga da Universidade São Francisco (USF)

**Fernando M. Cortelo**

Prof. Dr.do curso de Psicologia da Universidade São Francisco (USF)

#### **RESUMO**

O presente estudo tem por objetivo apresentar as diferentes demandas de atendimento psicológico na internação de um hospital geral, bem como relatar o papel do psicólogo neste contexto. A metodologia utilizada foi a observação participante, sendo que tais observações deram-se a partir da intervenção realizada por uma graduanda em Psicologia do décimo semestre. As intervenções psicológicas foram observadas durante o atendimento de 16 pacientes internados em diferentes especialidades de um Hospital Geral localizado no interior de São Paulo. Para seleção dos temas trabalhados utilizou-se o método de análise de conteúdo de Bardin. Os resultados apontaram para três temas, respeitando os critérios de relevância e repetição, sendo eles: apoio psicológico no pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica, recorrência da cesárea e apoio psicológico pós-parto e apoio psicológico frente à dificuldade na amamentação. Os resultados dessas observações fortalecem a importância do papel do psicólogo dentro do contexto hospitalar, bem como o caráter imprescindível de sua atuação em todas as temáticas supracitadas.

**Palavras-chave:** Acolhimento; bariátrica; parto; amamentação; suporte.

#### **ABSTRACT**

The present study aims to present the different demands of psychological care in the hospitalization of a general hospital, as well as to report the role of the psychologist in this context. The methodology used was participant observation, and these observations were obtained from the intervention carried out by a psychology graduate of the tenth

semester. The psychological interventions were observed during the care of 16 patients hospitalized in different specialties of a General Hospital located in the interior of São Paulo. Bardin's content analysis method was used to select the themes studied. The results pointed to three themes, respecting the criteria of relevance and repetition: psychological support in the pre-postoperative, period of bariatric surgery, recurrence of cesarean section and postpartum psychological support and psychological support in the face of difficulty in breastfeeding. The results of these observations strengthened the importance of the role of the psychologist within the hospital context, as well as the essential character of its performance in all the aforementioned topics.

**Key words:** Reception; bariatric; childbirth; breastfeeding; support.

## INTRODUÇÃO

A prática do psicólogo possui um campo de atuação muito amplo. No contexto hospitalar sua presença também é primordial e em alguns casos tal importância acaba sendo decisiva tanto na reabilitação do paciente quando no tempo de hospitalização.

A intervenção do psicólogo em hospitais tem seu registro histórico desde o século XIX. Todavia, como o modelo de política de saúde centrado no hospital só se consolidou no Brasil por volta de 1940, um maior reconhecimento da importância da psicologia junto à equipe multiprofissional hospitalar ocorreu apenas na década de 1990 (CASTRO e BORNHOLDT, 2004). Segundo Angerami-Camon (2009), a principal função das intervenções de um psicólogo neste contexto é diminuir o sofrimento do indivíduo causado pela hospitalização e das consequências deste evento, como a despersonalização, por exemplo, onde o paciente transforma-se no número de seu leito ou em seu diagnóstico, bem como o sentimento de invasão devido aos procedimentos hospitalares. O mesmo autor afirma que a atuação do psicólogo hospitalar deve ser feita de maneira apropriada, para não se tornar mais uma prática invasiva, caso contrário “em vez de propiciar alívio ao momento da hospitalização, estará contribuindo também para o aumento de vetores que tornam o processo de hospitalização extremamente penoso e difícil de ser vivido” (ANGERAMI-CAMON, 2009, p.04).

Sebastiani e Maia (2005) afirmam que o psicólogo hospitalar traz inúmeros benefícios à equipe médica, pois auxilia na interlocução entre equipe/paciente e no reconhecimento de sentimentos prejudiciais à melhora como, por exemplo, o medo da hospitalização e procedimentos que serão realizados, dúvidas acerca do diagnóstico e tratamento, assim como as expectativas de prognóstico e alta hospitalar. Porém, apesar dos objetivos parecerem claros, Gorayeb (2010) chama a atenção para o fato de que, antes de atuar em hospitais, o psicólogo deve saber diferenciar a prática da clínica psicológica da prática hospitalar. Segundo o autor, os pacientes de um hospital apresentam diversos problemas relacionados à saúde física e de diferentes níveis de gravidade, e não necessariamente distúrbios psicológicos ou emocionais, como na clínica. Além disso, é necessário conhecer o ambiente, o contexto, o perfil dos pacientes, os procedimentos médicos, a equipe, etc., pois, ao contrário do ambiente protegido, controlado e padronizado da clínica, o hospital apresenta um setting totalmente diferente, onde o psicólogo deve adaptar sua ação conforme o contexto, situação e motivo da hospitalização.

Apesar dos inúmeros benefícios da presença e atuação do psicólogo para com os pacientes, tal exercício pode causar divergências e desconforto na equipe médica, pois, segundo Almeida (2000), esta costuma utilizar de muita racionalidade, hierarquia e objetividade, na maioria das vezes deixando de lado a subjetividade dos pacientes, o que poderia desvalorizar a prática psicológica por não considerarem aspectos além do diagnóstico ou motivo de internação. Silva (1998, p.27) complementa que há uma prevalência do pensamento individualizado e de conflitos dentro do ambiente hospitalar devido à “competição acirrada entre *especialismos*”, pensamento contrário ao ideal auxiliar e humanitário que a equipe multidisciplinar deveria ter e que o psicólogo traz ao hospital quando inserido neste contexto. Estes possíveis conflitos evidenciam a importância da postura profissional do psicólogo para que tais situações sejam minimizadas ou até inexistentes. Para isso, deve-se considerar a dinâmica entre a doença, a internação e o tratamento, bem como a relação entre o paciente, sua família e a equipe de saúde frente à hospitalização e consequências para e no paciente (SIMONETTI, 2016).

De acordo com Sebastiani e Maia (2005), nenhum paciente está completamente preparado para se submeter a uma cirurgia, evidenciando ainda mais a necessidade e importância de uma atuação psicológica que vise favorecer a expressão dos sentimentos, auxiliar a compreensão da hospitalização, apoiar a criação de confiança por parte do paciente na equipe médica, entre outros, minimizando as angústias e ansiedades frente à internação, o que corrobora as teorias abordadas anteriormente. Em relação aos procedimentos cirúrgicos, Figuera e Viero (2005, p.53) afirmam que “a cirurgia é uma desconhecida na vida do indivíduo, e como tudo o que é desconhecido pode causar ansiedades e despertar fantasias”. Segundo Costa, Silva e Lima (2010), as repercussões da hospitalização podem se intensificar frente à necessidade de alguma cirurgia, causando diversos conflitos que aumentam ainda mais a ansiedade do paciente. De acordo com as autoras:

Vários fatores contribuem para a ansiedade dentro do ambiente hospitalar, que vão desde às ameaças concretas e imaginárias, até o processo de despersonalização, muitas vezes decorrentes de práticas desumanizadas por parte da equipe de saúde. Isso pode impactar o sujeito de modo diversificado, particularmente quando ele cria fantasias diante da espera de uma intervenção cirúrgica, podendo interferir no curso desse procedimento e na sua recuperação, pois seu estado emocional repercute no funcionamento do seu sistema imunológico e na sua condição física geral. A depender do grau de ansiedade do paciente, muitas cirurgias podem ser canceladas. Neste contexto, enfermeiros e psicólogos podem ter papel decisivo na minimização das angústias vividas por estes pacientes (COSTA et al. 2010, p. 283-284).

Dentre os sentimentos despertados pela hospitalização pode-se citar a separação do ambiente familiar e social, a exposição da intimidade a estranhos, a convivência dentro de um ambiente que remete a doença, dor e morte, medo da anestesia e da operação em si, sentimento de vulnerabilidade, perda do autocontrole, entre outros (COSTA et al. 2010; BARBOSA; RADOMILE, 2016), fatores que ilustram ainda mais a importância e necessidade da parceria entre psicólogo e equipe médica para atender os pacientes em sua totalidade, considerando o físico, mas também sua subjetividade.

Diante do exposto, o presente artigo visa apresentar as mais frequentes demandas de atendimento psicológico na internação de um hospital geral, analisando de maneira

detalhada a importância do profissional psicólogo com sua escuta especializada na minimização do sofrimento psíquico.

## **METODOLOGIA**

Foram realizadas 10 observações de, aproximadamente, duas horas cada, acompanhadas por uma graduanda de Psicologia do décimo semestre. Durante este período, foram atendidos 16 pacientes entre 20 e 54 anos, sendo quatro mulheres internadas para realização da cirurgia bariátrica, nove mulheres internadas para realização de parto (oito delas através da cesárea e apenas uma por parto normal), duas mulheres internadas para realização de outros procedimentos ginecológicos (laqueadura, ooforectomia e histerectomia) e um homem em observação devido a uma febre alta. Todos os pacientes foram respeitados em sua singularidade, aceitando seu silêncio, não interrompendo o momento de visita familiar, momentos íntimos, de descanso, entre outros.

A exploração do material e o tratamento dos dados coletados seguiram os passos preconizados por Bardin (1977) para análise de conteúdo. Foram respeitadas criteriosamente, as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento (inferência e a interpretação dos resultados).

Para definição das categorias foi utilizado o critério semântico (temas). De acordo com Bardin (1977) para que as categorias possam ser consideradas boas, devem possuir certas qualidades: a exclusão mútua (cada elemento só pode existir em uma categoria); a homogeneidade (só uma dimensão na análise); a pertinência (devem refletir e ir ao encontro dos objetivos da pesquisa); objetividade e fidelidade (para se evitar distorções devido à subjetividade dos analistas). Na atividade de agrupar elementos comuns, estabelecendo categorias, foram seguidas duas etapas: o inventário – isolando-se elementos comuns e a classificação - repartindo os elementos e dando ordenação a eles e às mensagens expressas pelo discurso. Assim, as categorias iniciais, definidas pelo observador, foram fundidas tendo em vista que elas se complementavam e não eram excludentes, resultando, portanto, em três categorias finais, afim de que os assuntos fossem mais bem organizados. A partir daí foram então tratadas e discutidas com base na literatura científica.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Para melhor organização dos conteúdos, as informações serão apresentadas em três categorias, enfatizando os aspectos que mais se repetiram ao longo das observações: apoio psicológico no pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica, recorrência da cesárea e o apoio psicológico pós-parto e apoio psicológico frente à dificuldade em amamentar.

### **Apoio psicológico no pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica**

Foram triadas quatro mulheres que estavam internadas para realização da Cirurgia Bariátrica (observações 03, 04 e 05). As pacientes relataram que a escolha por realizar a cirurgia nesse hospital deve-se ao fato de o serviço de gastroenterologia do local ser referência neste tipo de procedimento cirúrgico, possuindo mais de seis médicos

especialistas. Além disso, o hospital é também o que mais realiza esse tipo de procedimento na Região. Ainda assim, durante o acolhimento foi possível perceber o medo latente em se submeterem a cirurgia. Oliveira, Linardi e Azevedo (2004) afirmam que esse tipo de procedimento cirúrgico é o mais indicado em casos de obesidade mórbida e são realizados com diferentes técnicas para limitar a capacidade gástrica ou interferir na digestão, sendo que em alguns casos ambas são utilizadas. Zilberstein, Galvão Neto e Ramos (2002) afirmam que a bariátrica tem um resultado positivo na vida de pacientes mórbidos, contudo, acrescentam que as consequências negativas devem ser informadas e esclarecidas, pois, assim como toda intervenção cirúrgica, esta também traz seus riscos, inclusive o de vida. Diante disso, a avaliação e indicação de especialistas como cardiologista e pneumologista são fundamentais para liberação do procedimento, visto que complicações como a embolia pulmonar, insuficiência cardíaca e/ou respiratória são frequentes (FERRAZ e MARTINS FILHO, 2006; DELGADO e LUNARDI, 2011; STOL et al. 2011.)

Oliveira e Marchini (2008) afirmam que o tratamento cirúrgico está sendo utilizado de maneira indiscriminada e sem a correta indicação e acompanhamento por profissionais que possuam conhecimento em nutrição clínica e em tratamentos clínicos para perda de peso. Segal e Fandiño (2002) ainda afirmam que “a seleção de pacientes requer um mínimo de cinco anos de evolução da obesidade com fracasso dos métodos convencionais de tratamento realizados por profissionais qualificados” (p.69), entretanto, alguns dos pacientes que buscam esse procedimento estão interessados em “operar o estômago para se livrar do excesso de peso. Não quer saber de nenhuma implicação subjetiva. É voraz sua demanda de intervenção cirúrgica porque enxerga ali uma solução milagrosa para sua condição mórbida” (SANTOS, 2007, p. 80), frase que evidencia a importância do acompanhamento multidisciplinar com o psicólogo incluso e que é corroborada por Sebastiani e Maia (2005):

Faz-se necessário também, o psicólogo atuar no sentido de reorganizar o esquema da consciência do paciente no mundo, ou seja, seu novo esquema corporal que foi modificado pela intervenção cirúrgica, pois, cada indivíduo, vivencia de acordo com sua estrutura de personalidade, graus diferenciados de adaptação à nova imagem corporal. É fato que a reconstrução positiva desta nova imagem é necessária para o êxito da reestruturação do auto-conceito, já que a imagem corporal e o auto-conceito representam a consciência da própria individualidade (SEBASTIANI e MAIA, 2005, p.54).

Entre as pacientes que foram atendidas, todas afirmaram ter realizado o acompanhamento psicológico antes da cirurgia e que iriam continuar após a alta hospitalar. Duas delas (observações 03 e 05) informaram que já realizavam esse acompanhamento antes do procedimento e que já tinham consulta marcada assim que tivessem alta do hospital. As pacientes também esperavam que, após o procedimento, suas vidas mudariam radicalmente em múltiplos aspectos, enfatizando grandes expectativas pós-operatórias, a fim de usufruírem de suas novas possibilidades. Sobre isso, Oliveira et al. (2004) elucidam que o psicólogo deve analisar a capacidade emocional do paciente para compreensão de todas as particularidades e mudanças causadas anterior e posteriormente a cirurgia. Magdaleno Junior, Chaim e Turato (2009) afirmam que esses pacientes muitas vezes acreditam que resolvendo o problema do peso, todos os outros problemas serão resolvidos também. Segundo os autores:

Ao passar por esse marco, que é a cirurgia, inicia-se uma fase de intensos desafios, talvez até maiores que antes, pois todo o sistema defensivo que

era mantido em torno da alimentação e da obesidade fica impedido. O sujeito deve, rapidamente, aprender a lidar com suas angústias através de outros meios. Isso nem sempre é possível, deixando então abertos inúmeros canais patológicos (MAGDALENO JUNIOR, CHAIM e TURATO, 2009, p.76).

Os autores supracitados acrescentam ainda que esses pacientes possuem um padrão de funcionamento psíquico primitivo, relacionado ao desenvolvimento emocional problemático onde não sabem lidar com a frustração ou a falta de algo, o que torna absolutamente necessário um ambiente de orientação, esclarecimento e apoio, pois o pós-cirúrgico vem acompanhado exatamente por esses sentimentos, situação esta que está em consonância com a observação, pois mesmo passando pelo tratamento psicológico antes da intervenção cirúrgica, observa-se um comportamento pueril, mais preocupado com questões estéticas do que propriamente com a saúde, que seria foco primordial frente a um tratamento invasivo como a bariátrica.

### **Recorrência da cesárea e o apoio psicológico pós-parto**

Nove mulheres estavam internadas para realização de parto, sendo que oito ocorreram através da cesárea e uma por vias naturais. Sobre a discrepância entre o número de partos via cesárea e via natural, Diniz e Duarte (2004, p.17) afirmam que no Brasil, a maioria das mulheres opta pela cesárea para evitar as “intervenções desnecessárias e dolorosas”. Segundo as autoras:

(...) na maioria das maternidades promove-se a chamada cascata de intervenções em todas as mulheres: uma sucessão de procedimentos invasivos, dolorosos e potencialmente arriscados – toques vaginais repetidos, imobilização em uma cama, instalação de soro, medicamentos para aumentar as dores, corte e costura da vagina (episiotomia), peso sobre a barriga, entre outros. Isso faz com que o parto seja doloroso, arriscado e frequentemente deixe sequelas, física e/ou emocionais (DINIZ e DUARTE, 2004, p.16).

As autoras ainda acrescentam que o parto normal passou a ser visto no século XX como “algo arriscado, desagradável (...) uma exposição humilhante dos genitais a estranhos” (DINIZ e DUARTE, 2004, p.19), e assim, tornou-se uma patologia a ser remediada por meio de intervenções como a cesárea. Além disso, Weidle et al. (2014) afirmam que a cesárea foi introduzida devido às complicações que o parto normal aparentava em determinados casos, porém, sua incidência tem aumentado indiscutivelmente, na maioria das vezes sem necessidade para tal.

O medo que os autores enfatizam é perceptível na fala das mães, além disso, uma delas (observação 10) afirmou que optou pela cesárea por ser “*mais prática*”, demonstrando a impressão de não haver uma crítica sobre essa ideia disseminada no pensamento social coletivo e o que realmente elas julgam ser perigoso, doloso ou conveniente. Salientamos aqui o importante peso que cumpre o discurso sociocultural, situação que possivelmente esteja relacionada ao aumento do número de cesáreas no país, pois conforme dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), acontecem mais de um milhão de cesáreas a cada ano, sendo que 40% ocorrem nos serviços públicos e 85% em hospitais privados, como é o caso do Hospital observado. O Ministério afirma ainda que a cesárea é segura e possui baixa regularidade de complicações graves, porém, é frequentemente realizada sem

necessidade e sem razões médicas que justifiquem seus altos números, como já exposto por outros autores anteriormente e percebido nas observações. Dentre as mulheres que foram triadas, foi possível identificar a real necessidade da realização da cesárea em apenas quatro delas, visto que apresentaram problemas como falta de dilatação (observação 03); urgência para retirada do bebê, que havia defecado ainda dentro da barriga da mãe (observação 08) e prematuridade (observação 07 e 08). As outras quatro pacientes que realizaram a cesárea não apresentavam nenhum motivo que justificasse tal procedimento.

Durante as observações, todas as mães foram receptivas ao atendimento e apenas duas apresentaram a necessidade de acompanhamento psicológico, sendo que ambas realizaram o parto pré-termo. De acordo com Klein e Guedes (2008), o parto não significa que já se foi o período crítico, pois as grandes mudanças começam depois do parto, ou seja, é a continuação do período de transformação, composto por mudanças fisiológicas, rotina do relacionamento familiar, entre outros, evidenciando a importância de um acompanhamento psicológico. Sarmiento e Setúbal (2003) acrescentam que o puerpério (pós-parto) é o momento caracterizado pelo reconhecimento da nova situação, podendo surgir manifestações de dependência e passividade, pouca colaboração e queixas, intensa exigência da equipe, a fantasia de não saber cuidar, dificuldades com aleitamento, leite fraco ou insuficiente ou sensação de abandono e insegurança, chorando sem razão, perdendo o controle, estados de ansiedade e depressão. O resultado dessa crise afeta diretamente o desenvolvimento do relacionamento mãe-bebê. Nesse sentido é importante oferecer apoio psicológico para que a nova mãe possa recuperar a autoconfiança e prontidão para exercer a função materna.

Uma das mães (observação 08) não via o filho desde a noite anterior, pois o bebê estava na UTI Neonatal. Enquanto olhava para o bebê da outra paciente que dividia o quarto com ela, a mãe verbalizou estar “*agoniada*”. Sobre os sentimentos despertados a partir do nascimento prematuro e a separação mãe e bebê pela internação na UTI Neonatal, Souza et al. (2009, p.730) afirmam que esta é uma situação de grande impacto que pode gerar sentimentos de culpa, desesperança, tristeza e ansiedade, pois existe “a quebra do simbolismo social que representa a maternidade com ato soberano”, bem como o afastamento pela rotina de hospitalização. Inferimos que o acompanhamento psicológico neste momento se faz imprescindível, visto que as mães sentem-se angustiadas com a gama de situações novas decorrentes do pós-parto, a escuta especializada para que possam verbalizar suas angústias têm papel terapêutico.

### **Apoio psicológico frente à dificuldade de amamentar**

O terceiro assunto mais frequente durante as observações e também nas supervisões de caso foi à dificuldade das mães em praticar o aleitamento. Dentre as nove pacientes triadas, duas verbalizaram tal inconveniente, uma justificando o problema pela prematuridade do bebê e por possuir mamilos invertidos, e a outra por possuir “bico curto” (observação 08). Sobre o aleitamento de bebês prematuros, Gorgulho e Pacheco (2008) afirmam que a amamentação geralmente apresenta dificuldades, pois eles ainda não possuem total controle de sucção, deglutição e respiração. Já em relação à anatomia da mama, descrita pelas pacientes como “invertido” ou “curto”, Takushi et al. (2008) afirmam que essa alteração anatômica pode ser vista como um empecilho à amamentação, entretanto, com a devida assistência e orientações, a mãe é capaz de amamentar independentemente da morfologia mamária. Essa assistência é fundamental para



favorecer e estimular a amamentação, além de prevenir traumas e machucados que podem ocorrer nos mamilos nesse período, fatores que podem ocasionar o desmame precoce (ROCCI e FERNANDES, 2014). Questionadas sobre essas orientações por parte da equipe de enfermagem, as duas pacientes afirmaram que estavam recebendo ajuda.

Feliciano e Souza (2011, p.146) afirmam que a dificuldade recorrente em amamentar e os possíveis traumas provenientes desse ato podem interferir na construção do vínculo mãe-bebê, além de instalar “um clima de tensão familiar com grande sofrimento para todos”, sendo mais um contexto que necessita do papel do psicólogo, que além de auxiliar através do acolhimento e escuta das angústias da mãe e família, pode ter uma atuação diretiva e instrucional a respeito de outras maneiras de formação de vínculo que vão além da amamentação através do seio.

Em uma das observações, foi preocupante o papel desempenhado pelos acompanhantes (marido e mãe) de uma das mulheres, pois contribuíram ao aumento da tensão, afirmando que “*mãe que não amamenta é complicado*”. De encontro a isso, Almeida e Novak (2004, p.S120) afirmam que a amamentação é biologicamente estabelecida e socialmente condicionada, sendo “um ato impregnado de ideologias e determinantes”. Nakano (2003) complementa que o ato de amamentar pode ser vivenciado de acordo com as determinações sociais ou em conflito a elas, como observado na paciente citada.

A cultura institucional da amamentação, fundamentada no reducionismo biológico, típico do modelo oitocentista, concebe à amamentação um atributo natural, comum a todas as espécies de mamíferos. Ao integrar a cultura popular, resulta em expectativas, por parte das mulheres, de que “*amamentar é só oferecer o peito, o leite sai e o bebê mama*”. (...) As mulheres tomam para si a culpa pelo seu “mal jeito” para amamentar, o que lhes parece resultar em um “não querer da criança” e o fato dela “não conseguir pegar”. Não ter “jeito” significa ser destituída de certas capacidades como conhecimento e prática, reforçando a idéia do aleitamento como prática aprendida e não instintiva (NAKANO, 2003, p. S359).

Ainda que não se possa negar a real importância do aleitamento materno tanto para a saúde da mãe quanto a do bebê, foi necessário que a psicóloga interviesse orientando sobre a necessidade da empatia em situações como esta, pois os problemas que a mãe enfrenta neste momento podem ir além do desejo de querer ou não amamentar, conforme sinalizado pela autora supracitada.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O papel do psicólogo no contexto hospitalar se mostrou imprescindível. Foi possível constatar que sua atuação está relacionada à promoção do bem estar psicológico nas diferentes situações observadas: seja no pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica, no apoio psicológico pós-parto e também frente à dificuldade em amamentar. Isso é possível, pois, através de um acolhimento adequado e da escuta qualificada os pacientes são capazes de falar e se ouvir, constituindo assim um eficaz processo terapêutico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, E. C. O psicólogo no hospital geral. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 20, n. 3, p. 24-27, set. 2000.
- ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **J. Pediatr.** Rio de Janeiro, v. 80, supl. 5, p. S119-S125, 2004.
- ANGERAMI-CAMON, V. O psicólogo no hospital. In ANGERAMI-CAMON, V. (org); TRUCHARTE, F. A. R.; KNIJNIK, R. B.; SEBASTIANI, R. W. **Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática**. São Paulo: Cengage Learning, 2009, p. 1-14.
- BAPTISTA, M. N.; ALVES, G. A. S.; SANTOS, T. M. M. Suporte familiar, auto-eficácia e locus de controle evidências de validade entre os construtos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 28, n. 2, p. 260-271, jun. 2008.
- BARBOSA, V. C.; RADOMILE, M. E. S. Ansiedade pré-operatória no hospital geral. **Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde**, Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p. 45-50, jan/jun. 2006.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 306, de 28 de março de 2016**. Recuperado em 16 de novembro de 2016 em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/MINUTA-de-Portaria-SAS-Cesariana-03-03-2016.pdf>.
- BRÜGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1326-1327, out. 2005.
- CASTRO, E. K.; BORNHOLDT, E. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. **Psicol. cienc.prof.**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 48-57, set. 2004.
- COSTA, V. A. S. F.; SILVA, S. C. F.; LIMA, V. C. P. O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 282-298, dez. 2010.
- DELGADO, P. M.; LUNARDI, A. C. Complicações respiratórias pós-operatórias em cirurgia bariátrica: revisão da literatura. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 388-392, dez. 2011.
- DINIZ, S. G.; DUARTE, A. C. **Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)**. Rio de Janeiro, Editora UNESP, 2004.
- FELICIANO, D. S.; SOUZA, A. S. L. Para além do seio: uma proposta de intervenção psicanalítica pais-bebê a partir de dificuldades na amamentação. **J. psicanal.**, São Paulo, v. 44, n. 81, p. 145-161, dez. 2011.

- FERRAZ, E. M.; MARTINS FILHO, E. D. M. Cirurgia bariátrica: indicações e importância do trabalho multidisciplinar. **Einstein**, São Paulo, v. 4, supl. 1, p. S71-S72, 2006.
- FIGHERA, J.; VIERO, E. V. Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 51-63, dez. 2005.
- GORAYEB, R. Psicologia da saúde no Brasil. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 26, n. spe, p. 115-122, 2010.
- GORGULHO, F. R.; PACHECO, S. T. A. Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 19-24, mar. 2008.
- KLEIN, M. M. S.; GUEDES, C. R. Intervenção psicológica a gestantes: contribuições do grupo de suporte para a promoção a saúde. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 28, n. 4, p. 862-871, 2008.
- MAGDALENO Jr, R. M.; CHAIM, E. A.; TURATO, E. R. Características psicológicas de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 73-78, 2009.
- MOLINER, J.; RABUSKE, M. M. Fatores biopsicossociais envolvidos na decisão de realização da cirurgia bariátrica. **Psicol. teor.prat.**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 44-60, dez. 2008.
- NAKANO, A. M. S. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser "o corpo para o filho" e de ser "o corpo para si". **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S355-S363, 2003.
- OLIVEIRA, J. E. D.; MARCHINI, J. S. Nutrologia: especialidade médica. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 54, n. 6, p. 483-485, dez. 2008.
- OLIVEIRA, V. M.; LINARDI, R. C.; AZEVEDO, A. P. Cirurgia bariátrica – aspectos psicológicos e psiquiátricos. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 199-201, 2004.
- ROCCI, E.; FERNANDES, R. A. Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Rev. bras. enferm.**, Brasília v. 67, n. 1, p. 22-27, fev. 2014.
- SANTOS, A. A. L. As novas formas de sintoma e os impasses da cirurgia bariátrica. **Revista de Psicologia, Saúde Mental e Segurança Pública**, Minas Gerais, v. 1, n. 4, p. 77-81, jan/dez. 2007.
- SARMENTO, R.; SETÚBAL, M. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. **Rev. ciênc.méd.**, Campinas, v. 12, n. 3, p. 261-268, jul/set. 2003.

SEBASTIANI, R. W.; MAIA, E. M. C. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. **Acta Cir. Bras.**, São Paulo, v. 20, supl. 1, p. 50-55, 2005.

SEGAL, A.; FANDIÑO, J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 24, supl. 3, p. 68-72, dez. 2002.

SILVA, C. O. Trabalho e subjetividade no hospital geral. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 18, n. 2, p. 26-33, 1998.

SILVA, F. M.; CORREA, I. Doença crônica na infância: vivência do familiar na hospitalização da criança. **Rev. Mineira Enferm.**, Belo Horizonte, v. 10, n. 1, p. 18-23, jan/mar. 2006.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença.** 8ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016.

STOL, A. et al. Complicações e óbitos nas operações para tratar a obesidade mórbida. **ABCD, arq. bras. cir. dig.**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 282-284, dez. 2011.

TAKUSHI, S. A. M. et al. Motivação de gestantes para o aleitamento materno. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 21, n. 5, p. 491-502, out. 2008.

WEIDLE, W. G. et al. Escolha de via de parto: Autonomia ou Indução? **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 46-53, mar. 2014.

ZILBERSTEIN, B.; GALVÃO NETO, M.; RAMOS, A. C. O papel da cirurgia no tratamento da obesidade. **RBM rev. bras. med.** São Paulo, v. 59, n.4, p. 258-264, abr. 2002.