



Palavras Chave:
→ Êxtase
→ Humanização
→ Abordagem
Corporal
→ Gestação, Parto
e Puerpério
→ Psicologia
Hospitalar

Denise Mondejar Molino <dmmolino@hotmail.com>

- Psicoterapeuta
- Especialista em Psicologia Clínica

Prática Analítica e Humanização da Assistência

Este artigo foi escrito com base nas idéias de Jung; aborda uma experiência de atendimento psicológico à gestação, parto e puerpério na Maternidade Amparo Maternal de São Paulo durante dois anos. Este hospital social incentiva à vivência do parto normal dentro de um projeto de humanização da assistência cujo foco é a experiência subjetiva de cada mulher ao dar à luz. Através do relato de casos atendidos, serão abordados a inserção do trabalho do psicoterapeuta de orientação junguiana, associado às técnicas corporais, o setting terapêutico e a transferência no contexto hospitalar.

*"Tudo o que se refere à mulher é um enigma e tem uma solução.
Chama-se gravidez."
Nietzsche*

“
as mulheres levam
consigo no momento de
dar à luz, sua história
pessoal, a história de
seus
vínculos, de sua
vida amorosa,
suas necessidades
materiais e afetivas

”

Este trabalho expõe uma experiência possível de abordagem psicológica associada a técnicas corporais, realizada na Maternidade de Amparo Maternal de São Paulo entre 2003 e 2005. Funcionando como centro de capacitação em parto natural, este hospital social abre seus espaços a profissionais de várias especialidades, realizando seus programas de pós-graduação. Seu projeto de parto humanizado presta um serviço gratuito de atendimento à gestação, parto e puerpério com características bastante individualizadoras. As condições físicas e emocionais das gestantes são cuidadosamente avaliadas no serviço de pré-natal, incentivando-as à vivência do parto normal, fornecendo orientação de nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos. Atualmente permite a presença de um acompanhante no momento do nascimento do bebê, se este for o desejo da parturiente, mas se pretende, no futuro, a ampliação desta participação para a família ao longo de todo trabalho de parto. Quando não há complicações, mãe e bebê permanecem em alojamento conjunto até a alta hospitalar e para os prematuros ou bebês com complicações, há uma série de rotinas que permitem às mães visitá-los e amamentá-los quando desejarem.

Nenhuma mulher que chegue ao Amparo (como a Maternidade é chamada) em trabalho de parto é dispensada por falta de vagas, de filiação a planos de saúde ou ao SUS. Muitas delas, em sua maioria carentes, são encaminhadas por outros hospitais e chegam geralmente a sós. Após avaliação clínica, há uma série de procedimentos envolvendo a guarda de objetos pessoais e do bebê (quando houver), troca de roupas, a orientação familiar ou do acompanhante e o encaminhamento ao Centro Obstétrico (C.O.).

Este lugar, no andar térreo do hospital, é claro amplo e arejado, dispõe de apartamentos coletivos, onde ocorrem aproximadamente sessenta partos por dia. Sua movimentação é intensa, caracterizada pela simultaneidade de acontecimentos, odores, sons e conversas entre as mulheres: todas as da equipe médica, as do grupo de voluntariado e as parturientes. Dependendo da fase do trabalho de parto em que estejam, as gestantes podem andar pelos corredores, ver televisão, telefonar para suas famílias e fazer breves refeições. Há chuveiros e banheira de hidromassagem que podem ser usadas conforme a indicação das obstetrias, visando relaxamento, alargamento da pelve e, conseqüentemente, facilitação do nascimento do bebê. As pacientes são monitoradas e seu processo registrado em um partograma (relato de várias informações e antecedentes pessoais) até o final do processo. Há um planejamento do espaço físico que otimiza a disposição de roupas, cobertores, água, alimentos e os recursos humanos disponíveis.

Estes detalhes são importantes para que o leitor possa formar uma imagem da dinâmica de funcionamento deste centro obstétrico, que pratica rotinas médicas com objetivos claramente definidos e com receptividade.

De acordo com a teoria de Jung, o dinamismo matriarcal em seu aspecto criativo é caracterizado pela exuberância, pelo calor, pela sexualidade, fertilidade, nutrição e acolhimento. Na prática, as mulheres levam consigo no momento de dar à luz, sua

história pessoal, a história de seus vínculos, de sua vida amorosa, suas necessidades materiais e afetivas, respondendo às várias situações do trabalho de parto com base nestas experiências. Sensível a esta realidade, a proposta desta maternidade é a de interferir o menos possível com o processo do parto, amparando e informando a mulher, olhando para ela, mesmo quando ela se desespera em suas urgências físicas e emocionais.

Sou psicoterapeuta e minha prática vem do atendimento de pacientes em consultório, num enquadre diverso do que disponho no hospital. O *setting* terapêutico, este lugar físico e psíquico com algumas regras facilitadoras da intervenção analítica, se constitui onde quer que se possa estabelecer uma relação com a parturiente ou sua família: no centro obstétrico ao lado de um leito, na sala de parto, ou num corredor com familiares; questões como o tempo disponível para um atendimento, lugar e privacidade precisam ser adaptados à singularidade das situações que se apresentarem. Quando não havia solicitação da equipe médica, eu passava pelos apartamentos ou pelo alojamento conjunto "puxando conversa", oferecendo escuta, e assim, criando demanda, me foi possível atender e observar um pouco da psique feminina sob o impacto do trabalho de parto e puerpério.

Do ponto de vista orgânico, o início do trabalho de parto não é completamente conhecido. Fatores envolvendo o próprio feto, alterações hormonais e produção de várias substâncias no organismo materno parecem ser responsáveis pelo início do processo. Psiquicamente, como uma das grandes vivências de êxtase humano, o parto altera o estado de consciência da mulher e mobiliza uma série de conteúdos pessoais e coletivos. Ser capaz fisicamente de dar à luz um bebê perfeito, medo da dor e da morte, desconhecimento ou fantasias a respeito da própria fisiologia, a capacidade de alimentar a cria, os sentidos aguçados e a experiência de um Deus que presenteia ou castiga, formam o conteúdo das manifestações das pacientes com as quais estive.

NASCIMENTOS COMPARTILHADOS

Passo agora ao relato dos casos, e, para preservar a identidade das pessoas envolvidas, os nomes das pacientes são fictícios.

NEIDE

Encontro Neide na fase ativa do trabalho de parto, e, apesar das contrações frequentes, apresenta-se simpática e sorridente, conversando intensamente com as colegas de quarto. Ela solicitara à obstetrix que a atendia a presença de uma psicóloga. Parecia disposta, alegre, contando piadas. Atenta ao seu humor, escutei-a e quando parou de falar, apresentei-me. Junto comigo, uma enfermeira a examina e nos avisa que provavelmente em uma hora Neide teria seu bebê. Seu estado psicológico se alterou. Neide ficou aflita, me chamou para perto de si para contar sua história. Começou pela perda da primeira filha, prematura, que vivera sete dias. Em sua urgência de contar, explica que o primeiro bebê não fora desejado, mas que quase ficou louca quando perdeu sua menina para Deus. A segunda gestação (de uma menina, também) ocorrera após um tratamento para estimulá-la e foi bastante desejada pelo casal. Disse-me estar certa de que esta menina seria dela. Perguntei se Neide achava merecer esta menina. Ela me olhou num misto de surpresa e dúvida, afirmando que Deus havia lhe tirado a primeira filha. Ao falar mais sobre seu Deus (ela era evangélica) descreveu sua onipresença, tudo dando e tirando. Para a paciente, seu esforço

“
o parto altera o estado
de consciência da
mulher e mobiliza
uma série de conteúdos
pessoais e coletivos

”

“
o objetivo é manter
a mulher o mais
centrada possível em
seu próprio processo.
sto nem sempre é fácil
em se tratando de
acomodações coletivas
”

no tratamento e seu desejo pelo bebê atual resultariam na filha esperada. Contou-me que na primeira gravidez ela e o marido estavam desempregados e que viviam momentos muito difíceis. Perguntei a Neide se seu Deus que tudo via também não teria visto a fase difícil que viviam. Ela me olhou parecendo perplexa e confirmou que Ele lhe tirara a menina. Diante da proximidade do nascimento e da angústia que observei em seu olhar pedi que Neide observasse sua respiração colocando as mãos sobre as laterais do abdômen. Mantivemos este auto-toque por dez respirações completas e meu objetivo era que ela pudesse centrar-se no seu momento com esta filha, e disse isso a ela auxiliando-a a ter registros deste parto. Depois das dez respirações, com a voz pausada e suave, Neide me diz que sua segunda filha estava vindo. De fato, esta paciente evoluiu bem e rapidamente para a expulsão do bebê. A seu pedido, acompanhei-a e permaneci com ela até o nascimento da filha.

Não foi possível examinar com a paciente sua visão dos acontecimentos e possíveis sentimentos de culpa, punição, reparação, sobre a justiça divina e sua quase loucura. Dentro de uma abordagem preventiva, esse material poderia ser objeto de elaboração no programa de pré-natal posto que chegou ao momento do parto na forma de uma "confissão" ou acerto de contas com algo maior. Na literatura a respeito, SAVAGE (1995, p. 89) defende que *"um aborto natural ou perda de um bebê acarretam sentimentos de fracasso pessoal, danos à imagem que os pais têm de si próprios, podendo levá-los a somatizações, rejeições do corpo e da própria fertilidade, além de outros comportamento destrutivos"*. Além da relação conjugal comprometida, aspectos do lamento e do luto não assimilados podem contaminar a criação de outros filhos.

Experiências de caráter religioso são referidas com frequência pelas parturientes. Uma delas, após um breve repouso me chamou para contar que seu parto parecera uma missa quando viu a obstetrix erguer seu bebê e colocá-lo sobre seu colo. Esta mulher interpretou, assim, o nascimento de sua criança como uma experiência divina.

Quando o parto se aproxima não é possível ter conversas muito longas. Voz baixa e observações pontuais reportando a mulher ao próprio corpo, ao ritmo respiratório ou trabalhar com imagens são recursos úteis para lidar com o aspecto agudo e passageiro das contrações. Os toques sobre a pele conferem sensação de continência e proteção: o objetivo é manter a mulher o mais centrada possível em seu próprio processo. Isto nem sempre é fácil em se tratando de acomodações coletivas, mas do mesmo modo que um estado ansioso pode ser contagiante, a relaxação também o é, se estendermos às outras pacientes o que estamos propondo para uma em particular.

A dinâmica matriarcal tem no corpo um canal natural de simbolização, e este se configura como um lugar propício para nossas intervenções. Hoje os perigos físicos do parto foram em grande parte eliminados e as sensações ganham significado quando conectadas à imagem corporal. Muitas das reações das pacientes à nossa aproximação, toque ou ajuda verbal dependem dos registros que essas mulheres têm a respeito do próprio corpo, de como foram tratadas anteriormente e de suas memórias sensoriais. Reações de vários tipos, como oposição à tomada de medicamentos, a deixar-se tocar ou examinar, medo de fazer queixas e receber retaliações eram expressões frequentes de experiências negativas prévias, muitas delas necessitando de aporte psicológico além dos esclarecimentos prestados pela equipe hospitalar. É neste contexto que, a meu ver, podemos perceber as relações de transferência.

SANDRA

A paciente solicita o atendimento psicológico e, chorando muito, pergunta como os médicos saberem quando uma mulher tem infecção urinária. Explorando com ela sua dúvida, ela me conta que uma amiga perdera seu bebê, pois no dia do parto ela estava com este tipo de infecção. Olhando seu partograma, vejo que está em boas condições de saúde, na fase intermediária do parto, previsto para ser normal. Havia um antecedente de infecção urinária no início desta segunda gravidez que fora tratada.

Perguntei a ela sobre o momento em que sua infecção aparecera, e Sandra me conta que estava só no hospital; que seu marido a deixara lá para ter seu bebê e que estavam se separando conforme ele a avisara ao saber da gravidez. A infecção teria surgido alguns dias após essa discussão com o marido. Disse-me também que temia não querer ver seu bebê nem amamentá-lo já que se sentia separada de sua barriga.

Esta paciente não se queixava das contrações, mas sim de sua vida amorosa, de planos frustrados, de estar só. Falava de solidão e abandono, dela própria e potencialmente do bebê que estava para nascer. Deixar a paciente falar, escutar-se contando a própria história revelou-se útil neste caso. Minha presença serviu de ponte para uma conversa interior e para o surgimento de saídas para sua angústia.

Atenta à expressão "separada da barriga", sugeri um trabalho corporal utilizando a Descompressão Fracionada sobre seus ombros, colo e abdômen. Esta técnica criada por P. Sandor e descrita por DELMANTO (1997, p. 258) consiste em tocarmos o paciente em três níveis de contato, do mais concreto ao mais sutil e delicado, quase um "toque sem toque", sincronizado à respiração. Após seu término, Sandra reorganizou sua postura no leito e disse ter achado "um ponto no conforto". Achei curiosa sua expressão e pedi que ficasse nesse lugar achado e se lembrasse dele sempre que achasse útil. A seu pedido, assisti ao parto de seu bebê que foi colocado sobre seu peito ao nascer. Visitei-a antes da alta hospitalar e soube que havia conseguido permanecer no Alojamento Social da Instituição até que sua mãe pudesse recebê-la em casa e ela organizar sua vida.

Em casos como este, é conduta da equipe médica, levando em conta o stress físico e emocional da gestante, incentivá-la ao contato com sua criança. Nesta paciente a intervenção psicológica facilitou a expressão de seus medos, sua agressividade e sentimentos de abandono e solidão. Em nosso encontro antes da alta hospitalar, pudemos discriminar juntas, algumas destas emoções, tendo em vista as mudanças que a paciente planejava fazer.

Jung, referindo-se ao início do processo psicoterápico, sugere que possamos ouvir e obter dos pacientes aquela parte de sua história que por vergonha ou culpa, e eu diria também por ausência de um interlocutor, eles não contam. Devemos apostar em uma coleta delicada, paciente e curiosa, de pequenos e grandes detalhes, bem como na observação criteriosa do material verbalizado e do gestual de nossos pacientes. Na Maternidade, dentro de um centro obstétrico não é possível fazer psicoterapia, mas é importante que o psicólogo tenha um objetivo terapêutico que ajude na identificação e remoção dos obstáculos que angustiam as mulheres ante a experiência de ser mãe.

“
sugeri um trabalho
corporal utilizando
a Descompressão
Fracionada sobre
seus ombros, colo
e abdômem
”

“
escutar essas demandas
e compreender o que se
encontra não percebido
tornamos possível,
além da salvação
física do bebê, uma
espécie de salvação
psíquica de ambos
”

HUMANIZAR POR QUE? ANTES NÃO ERA HUMANO?

Recorro novamente a Jung, para quem a personalidade do médico ou do psicoterapeuta interferem na obtenção de sucesso em um tratamento. Colocando o foco do trabalho sobre a relação consciente-inconsciente estabelecida entre os cuidadores e seu pacientes, ele insiste na necessidade do profissional somar às suas qualidades teórico-práticas os seus conteúdos intuitivos e adverte contra a "virulência" que a exposição aos conteúdos do inconsciente possa exercer sobre os mesmos.

O foco do saber científico sobre a doença teve como consequência um distanciamento da especificidade, emoções, crenças e valores do doente. Decorre desta abordagem o abandono ou a pouca adesão a um tratamento assim como desconfianças e outras perturbações na comunicação.

Nos últimos anos, projetos de humanização da assistência vêm sendo implantados em hospitais públicos e privados, cujo conteúdo se refere a mudanças importantes na concepção da relação médico-paciente, nos conceitos de saúde e doença, na interdisciplinaridade e na promoção da saúde não apenas dos pacientes, mas também dos profissionais que lidam com eles. Ao lidar com seres humanos, seus iguais, médicos, enfermeiros e psicólogos são afetados pelos relatos de seus pacientes e se não se apercebem disto, correm o risco de desenvolverem defesas rígidas e prejudiciais ao exercício de seu trabalho.

Na Maternidade, a acolhida a todas as manifestações dos conteúdos das pacientes é um aspecto importante, e se constitui como cuidado essencial à equipe médico/hospitalar, permitindo a exposição de angústias que geralmente estão por trás de posições polarizadas e onipotentes. Obtivemos relatos muito positivos de um grupo de obstetrizes, cujas queixas e observações se referiam às intensas solicitações de trabalho deste hospital público. Utilizamos com elas técnicas de trabalho corporal como a Calatonia, exercícios respiratórios e dos Toques Sutis.

Penso que o trabalho com a equipe de cuidadores é fundamental em uma maternidade, pois se cremos que um bebê vive do investimento energético de sua mãe que o nutre com seu olhar, seu calor, seu desejo por ele, temos que preparar as atendentes na UTI neo-natal, que por vezes temem tocar seus pequenos pacientes, muitas vezes imperfeitos. O mesmo podemos dizer da mãe de um bebê prematuro numa longa hospitalização, impedida de tê-lo aos braços, que não se crê capaz de cuidá-lo após os feitos da "mamãe-poderosa-hospital".

Somente se pudermos escutar essas demandas e compreender o que se encontra não percebido tornamos possível, além da salvação física do bebê, uma espécie de salvação psíquica de ambos.

Minha experiência na Maternidade Amparo Maternal fala sobre a crença na inserção produtiva do trabalho do psicoterapeuta e do tempo de elaboração e adoção que o hospital pode permitir, atendendo pacientes ou seu corpo clínico. 

Bibliografia

DELMANTO, S., **Descrição do Método de Descompressão Fracionada**. In *Toques Sutis – Uma Experiência de Vida com o Trabalho de P. Sandor*. São Paulo, Summus Editorial, 1997.
DE MARCO, M., **A Face humana da Medicina**. *Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2003.
LÓPEZ-PEDRAZA, R., **Dionísio no Exílio**. *Sobre a Repressão da Emoção no Corpo*. São Paulo, Paulus, 2002.
MORETTO, M.L.T., **O que Pode um Analista no Hospital**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2001.
NEUMAN, E., **A Lua e a Consciência Matriarcal**. In: *Pais e Mães*. São Paulo, Símbolo, 1979.
SAVAGE, J., **Vidas não Vindas**. *O Sentido Psicológico da Perda Simbólica e da Perda Real na Morte de um Filho*. São Paulo, Cultrix, 1995.
VARGAS, N.S., **Símbolo e Psicossomática**. Revista Junguiana, SBPA nº 20, 2003.
WANDERLEY, D. B., **Palavras em Torno do Berço**. São Paulo, Álgama, 1997.

Imagens