

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC - SP

Lígia Maria Albani Lovo

O trabalho de parto como fenômeno psicossomático

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO - 2009

Lígia Maria Albani Lovo

O trabalho de parto como fenômeno psicossomático

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Clínica sob a orientação da Prof. Dra Ceres Alves Araújo.

SÃO PAULO – 2009

Banca Examinadora

Dedico este trabalho à minha mãe,
que me ensina, cada dia, como tornar-me mulher;
à meu pai, com quem aprendo a sonhar
e aos filhos que terei um dia.

Com amor!

Agradecimentos:

À Deus, a quem devo tudo o que tenho;

À meus pais, Ronei e Carolina, pelo incentivo moral, espiritual e financeiro;

À Thais e Aloísio, que como irmãos mais velhos continuam zelando pela caçula;

Ao meu namorado Claudio, que me ama como sou;

Ao Freud, que mesmo sendo cachorro, me ensina a ser mãe;

À Dra Ceres Araújo, que como uma “mãe suficientemente boa” permitiu meu crescimento;

À Dra Edna Kahhale, com quem aprendi a persistir, tolerar e acreditar em mim mesma;

Ao Dr Soubhi Kahhale, que aceitou partilhar comigo o seu saber;

À Profa Yara, que com sua amizade e paciência ensinou-me a entender os números;

Ao Dr Alexandre Faisal Cury, pelas preciosas contribuições;

Aos meus amigos de mestrado, com quem compartilhei minhas angústias;

Aos meus “ídolos” Rubens Volich, Sonia Neves, Maria Helena Fernandes, Sidnei Cazetto e Maria Elisa Labaki, que me ensinaram a pensar;

À CAPES, por ter financiado meu trabalho de pesquisa;

Aos amigos do Hospital Geral de São Matheus, Dra Maridite, Teresa, Rosana, e a todos os profissionais do CPN, a quem sou grata por ter sido aceita como membro da equipe;

Às parturientes e seus acompanhantes, com quem pude elaborar meus traumas e me tornar uma profissional melhor.

Meu muito obrigada!

Resumo

O termo psicossomática tem sido muito utilizado, principalmente como campo de estudo e pesquisa devido a ligação entre as ciências médicas e psicológicas. Neste trabalho, propomos estudar a teoria da psicossomática através da ótica psicanalítica aplicando-a a um contexto possibilitador do surgimento da vida: a situação do nascimento. Assim, deslocando o foco da doença, podemos compreender que as manifestações do corpo durante o trabalho de parto estão intrinsecamente ligadas a pulsões inconscientes de vida e morte.

A amostra deste estudo é composta de 180 parturientes de um hospital estadual a Zona Leste de São Paulo, a maioria com 20 a 30 anos, na primeira gestação; 90% dos partos foi normal e 75% das mulheres estavam acompanhadas por alguém de sua escolha. Os dados obstétricos como peso, idade gestacional entre outros correspondem à uma gestação de baixo risco.

Ao buscar as características psicológicas das mulheres no momento do trabalho de parto, foi possível verificar que as mulheres estudadas, em sua grande maioria, podem ser consideradas bem mentalizadas, ou seja, possuem recursos mentais para lidar com as frustrações. Ainda assim, essas mulheres obtiveram os melhores resultados obstétricos, como postulado pela escola francesa de psicossomática, confirmando a teoria que aponta que a má mentalização é uma predisposição à somatização. As parturientes menos experientes foram as que contaram com mais recursos psíquicos, isso nos leva a pensar que a vivência de um parto anterior pode diminuir as expectativas, sonhos e planos de um novo parto.

Assim, verificou-se neste trabalho a importância da vida onírica como protetora da organização psicossomática e conseqüentemente do investimento da pulsão de morte em favor da pulsão vital.

Palavras chave: trabalho de parto, psicossomática, humanização

Abstract

The expression psychosomatic has been very used, mainly as research field due to the connection between the medical and psychological sciences. In this work, we propose to study the theory of psychosomatics through the psychoanalytic lens applying to a life-generating context: the childbirth situation. So, changing the focus of the illness, we can comprehend that body manifestations during the childbirth process are intrinsically connected to unconscious drive of life and death.

The sample for this study is comprised of 180 women in labor in a state hospital in the East Zone of Sao Paulo, mostly between 20 and 30 years old, in the first pregnancy; 90% of the births were normal and 75% of the women were together with someone of her choice. Obstetric data like weight, gestation age and others correspond of a low risk pregnancy.

When we looked at the psychological characteristics of the women in the moment of childbirth, we verified that the raped women, in their vast majority, could be considered well mentalized, in other words, had mental stability to deal with the frustrations. Even with this condition, these women obtained the best obstetric results, as postulated by the French school of psychosomatics, confirming the theory that bad mentalization is a predisposition to somatization. The less experienced women in labor were the ones with more psychic resources, this let us conclude that the experience of a previous birth can lower the expectations, dreams and plans of a new birth.

Thus, in this work we verified the importance of the oniric life as protection of the psychosomatics organization and consequently of the investment of the death drive in favor of the life drive.

Key words: childbirth process, psychosomatics, humanization.

Sumário

1. Introdução	08
2. Objetivos	12
3. Um breve panorama histórico	13
3.1 Parteiras	13
3.2 A presença do acompanhante no momento do parto	16
3.3 Doula	18
3.4 Parto normal X Parto Cesárea	21
3.5 Cursos de preparação e assistência psicológica para o parto	26
4. Aspectos do funcionamento psicossomático envolvidos no parto	33
4.1 Ambivalência	33
4.2 Nascimento como trauma	36
4.3 Identidade feminina	39
5. Compreendendo o sentido do sintoma somático	44
5.1 Sintomas mais comuns	56
6. Método	59
6.1 Participantes	59
6.2 Local de coleta de dados	59
6.3 Instrumentos	60
6.4 Procedimentos	61
6.5 Cuidados éticos	61
6.6 Análise dos dados	62
7. Resultados e discussão	63

7.1	Características da amostra	63
7.1.1	Características obstétricas	63
7.1.2	Características psicológicas	67
7.2	Cruzamento de variáveis	72
7.3	<i>Clusters</i>	83
7.3.1	<i>Clusters</i> construídos a partir das variáveis do questionário	83
7.3.1.1	<i>Clusters</i> de dados psicológicos X variável dependente	84
7.3.2	<i>Clusters</i> construídos a partir das variáveis obstétricas	85
8.	Considerações Finais	87
9.	Referências	90
10.	Anexos	98
10.1	Anexo 1	98
10.2	Anexo 2	99
10.3	Anexo 3	100
10.4	Anexo 4	101
10.5	Anexo 5	103

Lista de tabelas

Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo faixa etária das parturientes	63
Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo o número de gestações anteriores	63
Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo o número de partos normais anteriores	63
Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo o número de partos cesáreos anteriores	64
Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo o número de abortos anteriores	64
Tabela 6 – Distribuição da amostra segundo tipo de parto	64
Tabela 7 – Distribuição da amostra segundo o uso de ocitocina	64
Tabela 8 – Distribuição da amostra segundo o uso de anestesia	64
Tabela 9 – Distribuição da amostra segundo a presença de acompanhante durante a internação no CPN	65
Tabela 10 – Distribuição da amostra segundo os acompanhantes que estiveram com a parturiente durante a internação no CPN	65
Tabela 11 – Distribuição da amostra segundo o número de consultas pré – natal	65
Tabela 12 – Distribuição da amostra segundo a idade gestacional	66
Tabela 13 – Distribuição da amostra segundo o peso do recém - nascido	66
Tabela 14 – Distribuição da amostra segundo o apgar 1 minuto	66
Tabela 15 – Distribuição da amostra segundo o apgar 5 minuto	66
Tabela 16 – Distribuição da amostra segundo as complicações apresentadas durante a internação no CPN	67
Tabela 17 – Distribuição da amostra segundo o local para onde a parturiente foi encaminhada após o CPN	67
Tabela 18 – Distribuição da amostra segundo o planejamento da gravidez	68
Tabela 19 – Distribuição da amostra segundo a vivência de problema emocional durante a gestação	68
Tabela 20 – Distribuição da amostra segundo a realização de promessas ou orações durante a gravidez e parto	68
Tabela 21 – Distribuição da amostra segundo a ocorrência de fantasias e sonhos durante a gestação	68
Tabela 22 – Distribuição da amostra segundo a vivência de sentimentos negativos durante a gestação	68
Tabela 23 – Distribuição da amostra segundo a vivência de preocupação com o parto	69
Tabela 24 – Distribuição da amostra segundo o tipo de parto de escolha da parturiente	69

Tabela 25 – Distribuição da amostra segundo a satisfação por ter recebido informações por parte da equipe	70
Tabela 26 – Distribuição da amostra segundo as informações recebidas de outras pessoas	70
Tabela 27 – Distribuição da amostra segundo a existência de outras pessoas que forneceram informações sobre a gestação e parto	70
Tabela 28 – Distribuição da amostra segundo tipo de parto de nascimento	71
Tabela 29 – Distribuição da amostra segundo parturientes que receberam a colaboração de uma doula	72
Tabela 30 – Distribuição da amostra segundo número de gestações e faixas etárias	72
Tabela 31 – Distribuição da amostra segundo número de parto normal e faixa etária	73
Tabela 32 – Distribuição da amostra segundo o tipo de parto e faixa etária	73
Tabela 33 – Distribuição da amostra segundo ocitocina e faixa etária	73
Tabela 34 – Distribuição da amostra segundo presença de acompanhante e faixa etária	73
Tabela 35 – Distribuição da amostra segundo tipo de acompanhante e faixa etária	74
Tabela 36 – Distribuição da amostra segundo gravidez planejada e faixa etária	74
Tabela 37 – Distribuição da amostra segundo problema emocional durante a gestação e faixa etária	75
Tabela 38 – Distribuição da amostra segundo preocupação com o parto e faixa etária	75
Tabela 39 – Distribuição da amostra segundo acompanhante e número de gestações	76
Tabela 40 – Distribuição da amostra segundo alguém mais deu dicas e número de gestações	76
Tabela 41 – Distribuição da amostra segundo preocupação com o parto e número de partos normais	76
Tabela 42 – Distribuição da amostra segundo tipo de parto e destino	77
Tabela 43 – Distribuição da amostra segundo o tipo de parto de escolha da parturiente e tipo de parto	77
Tabela 44 – Distribuição da amostra segundo o recebeu informações necessárias por parte da equipe e tipo de parto	78
Tabela 45 – Distribuição da amostra segundo como você nasceu e tipo de parto	79
Tabela 46 – Distribuição da amostra segundo tipo de parto de nascimento e destino	79
Tabela 47 – Distribuição da amostra segundo colaboração de doula e tipo de parto	79
Tabela 48 – Distribuição da amostra segundo colaboração de doula e tipo de anestesia	80
Tabela 49 – Distribuição da amostra segundo complicações e acompanhante	80
Tabela 50 – Distribuição da amostra segundo destino e acompanhante	81

Tabela 51 – Distribuição da amostra segundo destino e qual acompanhante	81
Tabela 52 – Distribuição da amostra segundo sonhou, fantasiou ou imaginou e acompanhante	82
Tabela 53 – Distribuição da amostra segundo sonhou, fantasiou ou imaginou e tipo de anestesia	82
Tabela 54 – Distribuição da amostra segundo o agrupamento de dados psicológicos	83
Tabela 55 – Distribuição da amostra segundo complicações e agrupamento	84
Tabela 56 – Distribuição da amostra segundo o agrupamento de dados obstétricos	85
Tabela 57 – Distribuição da amostra segundo a experiência e mentalização	85

1. Introdução

O termo psicossomática tem sido muito utilizado, principalmente como campo de estudo e pesquisa devido à ligação entre as ciências médicas e psicológicas.

Vemos, atualmente, que inúmeros trabalhos têm se utilizado deste conceito, principalmente na área da saúde, porém, referindo-se geralmente a uma condição de doença, especialmente, denominando doença psicossomática, cujos sintomas são atribuídos a causas psíquicas.

Percebemos, no entanto, que há uma tentativa de alguns autores de compreender a saúde e doença como manifestação da unidade mente-corpo, utilizando-se de uma visão integrada, dialética e contínua (CHIOZZA, 1987 e VOLICH, 2000).

Volich (1998) afirma que a simples relação entre mente e corpo já é suficiente para denominarmos um estudo de psicossomático, incluindo as teorias psicossomáticas comportamentais, ioga, relaxamento, hipnose entre outras; representando a heterogeneidade do campo psicossomático.

Neste trabalho, propomos estudar a teoria da psicossomática através da ótica psicanalítica aplicando-a a um contexto possibilitador do surgimento da vida: a situação do nascimento. Assim, deslocando o foco da doença, podemos compreender que as manifestações do corpo durante o trabalho de parto estão intrinsecamente ligadas a pulsões inconscientes de vida e morte.

Hoje em dia, o Ministério da Saúde tem incentivado a realização do parto vaginal, levando em conta as possibilidades de saúde da mulher e do neonato e visando sobretudo reduzir a mortalidade materna e neonatal. Isso foi possível graças à implantação da portaria ministerial n 7985 de 05 de Agosto de 1999 que preconiza a proposta para humanizar e qualificar a assistência à gravidez, parto e puerpério. (BASILE, PINHEIRO e MIYASHITA, 2004; TORNQUIST, 2002). No dia 30 de maio de 2006, o Ministério lançou a Campanha Nacional de Incentivo ao Parto Normal e Redução da Cesárea Desnecessária.

Em linhas gerais, esse movimento propõe algumas mudanças no modelo de atendimento hospitalar e medicalizado no Brasil, a partir da proposta da Organização Mundial de Saúde que sugere o incentivo ao parto vaginal, o

aleitamento materno no pós-parto imediato, o alojamento conjunto da mãe e do recém-nascido, a presença do(a) acompanhante durante o processo do parto e a atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais. Recomenda-se, ainda, a modificação de rotinas hospitalares consideradas desnecessárias, geradoras de riscos e muito intervencionistas no parto, como a episiotomia, amniotomia, enema e tricotomia. (TORNQUIST, 2002)

Durante muitos anos, anteriormente ao surgimento das práticas cirúrgicas necessárias a uma cesariana, essa foi a única forma possível para que um nascimento ocorresse. Após o avanço da ciência, sobretudo na área da obstetrícia e da anestesia, o parto cesáreo passou a ser uma possibilidade real. Com esse advento, a cirurgia poderia ter data e horário marcado, viabilizando maior previsibilidade e conforto para o médico e para a família. O parto passou a ser considerado procedimento cirúrgico, exigindo o uso de anestésico.

Salvo as situações onde há claramente uma indicação médica para o parto cirúrgico, tanto os profissionais da obstetrícia quanto os da neonatologia reconhecem os benefícios para a dupla mãe-bebê após um parto por via baixa.

Foram criados, então, os Centros de Parto Natural (CPN), que podem se constituir como uma unidade “isolada”, como as casas de parto ou intra- hospitalar, mas sempre devem estar vinculados às Unidades Básicas de Saúde de sua área de abrangência, e nesse local há privilegiada atuação do enfermeiro obstetra para conduzir os partos de baixo risco.

Esses centros de parto são locais que permitem a assistência aos partos de baixo risco fora do centro cirúrgico, com possibilidade de funcionamento independente da presença de médicos, ficando a cargo dos enfermeiros obstetras toda a responsabilidade pelos cuidados prestados às mulheres. (DIAS e DOMINGUES, 2005; HOTIMSKY e SCHRAIBER, 2005)

Como explicita Tornquist (2002), algumas maternidades públicas, cujos profissionais de saúde se identificam com o movimento de humanização, já utilizam estas experiências em suas instituições.

Diante desse cenário, como psicóloga, a pesquisadora foi convidada a colaborar na implantação de um Centro de Parto Natural, seguindo as propostas de Humanização do Parto e Nascimento em um Hospital Público Estadual, assim como assumir os atendimentos psicológicos a parturientes e acompanhantes. Através da

experiência prática, foi possível perceber a riqueza de significados contidos nos sintomas que acompanham o nascimento e que são coerentes com a história de vida de cada família.

Dentro desse campo de atuação, foi possível observar que algumas mulheres que chegavam ao hospital em trabalho de parto e eram encaminhadas ao CPN não finalizavam esse processo sob o acompanhamento desta equipe, apresentando manifestações orgânicas que poderiam complicar a evolução do parto (distócias), necessitando de cuidados médicos e intervenções, que estão disponíveis somente no Centro Obstétrico.

Surgiram, então, dúvidas em relação a esta população e se poderíamos identificar características comuns entre as mulheres que apresentavam manifestações somáticas durante o trabalho de parto normal, que inicialmente era considerado de baixo risco e eventualmente poderiam culminar em uma cesárea de emergência.

Estariam essas mulheres menos preparadas para o parto? Teriam nascido de forma traumática e revivendo esse difícil momento? Apresentariam, durante o trabalho de parto, pobreza da atividade onírica, mantendo o pensamento concreto e sem associações, o que Marty e M`Uzan (1994) denominam “pensamento operatório”? O acompanhante de escolha ou a doula exerceriam um papel determinante durante este período? A escolha consciente pelo tipo de parto coincide com o parto ocorrido?

Assim, buscando conhecer melhor o que se passa durante o trabalho de parto, surge a necessidade de realizar um levantamento de dados atuais sobre como as manifestações aparentemente orgânicas podem ser compreendidas na visão psicossomática.

Este trabalho poderá acrescentar aos profissionais da obstetrícia um olhar mais integrado dos sintomas orgânicos que se apresentam durante o trabalho de parto, possibilitando uma compreensão psicossomática das distócias do parto e repensando as intervenções medicamentosas.

Além disso, possibilitará à mulher ser compreendida e ouvida através de seus sintomas apresentados, e não mais culpabilizada pelas manifestações de seu corpo, como acontece com muita frequência atualmente.

Assim, almeja-se refletir sobre um novo paradigma da atenção à parturiente, mais humano e menos intervencionista.

Como vemos em Domingues, Santos e Leal (2004), a produção científica brasileira precisa de ampliação nesta área temática, para que possa contribuir para a implantação de serviços de atenção ao parto menos intervencionistas, que atuem de modo a propiciar a vivência do parto e nascimento como experiências positivas e enriquecedoras. Salientam ainda que esses estudos devem incluir o atendimento voltado à população de menor nível sócio-econômico, já que alguns profissionais de saúde resistem a mudanças do modelo assistencial, atribuindo os bons resultados de outros países às condições de vida, saúde e educação das mulheres atendidas.

O relato deste trabalho está organizado em três capítulos teóricos onde exporemos a opinião dos autores sobre assuntos relacionados ao tema desta dissertação.

No terceiro capítulo, apresentamos um panorama geral de como o parto era realizado desde os tempos mais antigos até os dias atuais, enfocando o auxílio das doulas, a participação das parteiras, questões relativas ao acompanhante; contrapontos entre parto normal e cesariana, incluindo os cursos de preparação para o parto e apoio psicológico durante esse período.

No outro capítulo, esboçamos alguns conceitos envolvidos no parto, sob a ótica da psicanálise, apresentando a noção de ambivalência na gestação, nascimento como momento traumático e a identidade feminina.

Em seguida, articulamos a opinião dos autores sobre as manifestações somáticas mais comuns durante esse período.

2. Objetivos

2.1 Verificar características psicológicas das mulheres no momento do trabalho de parto de acordo com as expectativas e preocupações vividas durante a gestação.

2.2 Construir agrupamentos em função das variáveis psicológicas e variáveis obstétricas e verificar a relação existente entre eles.

3. Um breve panorama histórico

A forma de compreender e atuar sobre o parto mudou muito desde os tempos antigos. Essa constatação existe desde os relatos de histórias familiares a estudos de autores contemporâneos.

O que era evento de cunho familiar e assistido por parteiras do próprio meio social, transformou-se em ato institucionalizado, onde a mulher recebe os cuidados de profissionais desconhecidos e o auxílio oferecido é dimensionado por diretrizes institucionais, que criam dificuldades para o contato humano e, ainda, desconsideram as particularidades individuais.

Dessa forma, o caráter humano e cultural, que caracterizava o momento do parto, foi se dissolvendo e começou a surgir grande distância entre os profissionais e as parturientes com ênfase no cumprimento das normas e rotinas da instituição (MALDONADO, 1997; DEL PRIORE, 2001; PINTO, et al, 2003; OLIVEIRA, et al, 2002).

Algumas, dentre as grandes transformações ocorridas, serão enfocadas nas páginas seguintes, como o auxílio prestado pelas parteiras e pelas doulas, o resgate da importância do acompanhante no momento do parto, o contraponto entre parto normal e cesáreo e as estratégias de preparação para o parto cada vez mais utilizadas na atualidade.

3.1 Parteiras

Como salienta Maldonado (1997), uma das grandes mudanças foi a transição da parteira, como profissional responsável pelo parto, para o cirurgião. A parteira, até o século XVII era nomeada pelo sacerdote ou por uma assembléia de mulheres, e por meio de sua experiência, ajudava a criar um ambiente favorável à parturiente, contando com a ajuda de orações, talismãs e receitas mágicas para aliviar a dor.

Elas eram também conhecidas como aparadeiras, comadres ou parteiras-leigas. Detinham saber empírico e cuidavam das mulheres durante a gestação, parto e puerpério e, também, em circunstâncias mais específicas como doenças venéreas e casos de aborto. Em sua maioria, eram mulatas, brancas e portuguesas e pertenciam aos setores populares (BRENES, 1991).

Viajavam a pé, a cavalo, em pequenas embarcações, pelas estradas, pelos rios e até pelo meio da mata. Com as limitações de locomoção, muitas vezes chegavam a passar até vários dias na casa da parturiente, aguardando o parto (LARGURA, 1998).

Na maioria das vezes, as parteiras eram mães de família, e por isso, consideravam que elas possuíam maior sensibilidade e compreensão para com a parturiente.

Por volta dos séculos XVI e XVII, com participação do cirurgião no cenário feminino, a parteira foi perdendo a primazia. O parto deixou de ser “assunto de mulheres” para se tornar um procedimento médico cada vez mais complexo (MALDONADO, 1997).

No final do século XVI, a profissão de parteira sofreu uma desvalorização, a partir da utilização do fórceps obstétrico pelo cirurgião francês Peter Chamberlain. As parteiras não tinham condições financeiras para adquirir tal instrumento, eram consideradas incapazes de dominar novas técnicas por serem vistas intelectualmente como inferiores aos homens e, a partir daí, passaram então a rejeitá-la (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2005) .

Diniz (2005) afirma que mesmo com a resistência das parteiras, a obstetrícia não médica, leiga ou culta, foi ilegalizada assim como o parto fora do hospital, sendo dessa forma excluída desse cenário.

Pudemos perceber como, aos poucos, a tecnologia foi sendo priorizada e a parteira deixou de se fazer necessária, perdendo-se também o caráter social e cultural que envolvia o nascimento de uma criança.

Em meados do século XX, o parto deixou de acontecer em ambiente familiar, privado, íntimo e feminino e passou a ser vivido em local estranho, público e com pessoas desconhecidas. Houve a intrusão de profissionais masculinos em ambiente tradicionalmente atendido por mulheres, restringindo-lhes a privacidade e tornando o parto hospitalizado e medicalizado (LEÃO e OLIVEIRA, 2006; NAGAHAMA e SANTIAGO, 2005; PINTO et al, 2003, SODRÉ e LACERDA, 2007).

Associada à propaganda dos convênios de saúde, de que a melhor assistência se deve à disponibilidade de tecnologia, criou-se a ideologia de que o melhor hospital é aquele mais equipado e com mais recursos tecnológicos, inclusive na

assistência ao parto, onde há excesso de procedimentos que não precisariam ser realizados (SODRÉ e LACERDA, 2007).

Serruya, Lago e Cecatti (2004) mostram que na grande maioria dos casos, o nascimento necessitaria apenas de observação e que o uso das técnicas modernas da obstetrícia deveria ser criterioso e não indiscriminado.

Para Brenes (1991 p. 135) “A entrada dos médicos-parteiros nesta prática inaugurou, não só o esquadrinhamento do corpo feminino, como a produção de um saber anatômico e fisiológico da mulher, a partir do olhar masculino”.

Assim, a parteira poderia auxiliar na tentativa de tornar o parto e o nascimento menos medicalizados, humanizando a assistência, assumindo as atribuições mais simples da prática obstétrica, liberando assim o médico para que pudesse realizar atividades mais complexas e dessa forma contribuiria também para diminuir os custos dos serviços de saúde (RIESCO e FONSECA, 2002).

A idéia é de que, na impossibilidade de recomendar e construir todo um sistema integrado e adequado de atenção à gestação e nascimento em todos os lugares, as parteiras tradicionais poderiam ser auxiliares importantes na identificação de possíveis riscos, transferindo as mulheres para os hospitais de referência, em caso de necessidade (CECATTI e CALDERON, 2005).

Dias e Domingues (2005) perceberam, pela sua experiência, que o pré parto é um local de difícil permanência para os profissionais de saúde, pois a maior parte das pessoas se angustia diante da dor, que muitas vezes é percebida como sofrimento a ser evitado. A parteira, ao contrário, possibilitaria à mulher ser protagonista, fazendo com que o parto seja uma experiência humana.

Para Riesco e Fonseca (2002), esta profissional está em alta porque com a escassez da parteira, houve aumento nas taxas de cesárea, pois não há profissional para ficar ao lado da parturiente controlando o trabalho de parto para que ele evolua normalmente.

Foi possível perceber que a parteira, antes única detentora da arte de partejar, foi considerada desnecessária com o deslocamento do local de parto para os hospitais. Porém, hoje, reconhecidamente, volta a ser valorizada por possibilitar assistência humanizada aos partos de baixo risco.

3.2 A presença do acompanhante no momento do parto

Durante muito tempo, o pai do bebê foi o principal acompanhante da esposa durante o trabalho de parto e parto.

Em latim, o termo *pater* designa uma figura de autoridade investida de poder de fundar a sociedade, tanto em termos sociais quanto religiosos (FUKS, 2002). É a partir de suas atitudes e postura que outorga às crianças o lugar de filhos e assume o lugar de pai, portador do pátrio poder, o qual detém a vida toda e sob o qual se funda a família.

Entre os Arapesh, povo primitivo da Nova Guiné, quando a mulher engravida, o marido é obrigado a realizar o coito com a maior frequência possível, pois acreditavam que o sêmem podia alimentar o feto dentro do útero. Depois do parto, identificava-se a tal ponto com a esposa que vivenciava os mesmos tabus e restrições que ela (LANGER, 1981).

Como vemos em Raminelli (2001), nos índios Tupinambá, o pai tinha importante participação no momento do nascimento de seu filho. Em caso de complicação no parto, era ele, o marido, que comprimia o ventre da esposa para apressar o processo e cortava o cordão umbilical do filho do sexo masculino com os próprios dentes. Ainda, durante os três dias que se seguiam o parto, o pai Tupinambá permanecia ao lado da esposa e abstinha-se de comer qualquer tipo de carne, peixe e sal, comendo apenas farinha. Nesse contexto eles não realizavam trabalho algum e aguardavam o umbigo da criança cair. Caso isso não ocorresse, pais e filhos poderiam sentir cólicas.

Maldonado (1997), registra uma ocasião por volta de 1500 em que um pai, que era castrador de porcos, ficou tão aflito ao ver a esposa sofrendo que abriu-lhe o ventre com os instrumentos de trabalho e depois costurou. Trata-se de um dos primeiros casos de cesárea bem sucedida.

Atualmente, os autores relatam um conjunto de sintomas que o pai pode apresentar durante a gestação ou o trabalho de parto da sua esposa como por exemplo anorexia, dor de dente, náuseas e vômito, depressão, tensão, insônia, ansiedade, irritabilidade entre outros, que ficou conhecido como “síndrome da couvade”. Ela representa o envolvimento do marido na gravidez da esposa e no nascimento do filho (MALDONADO, 1997).

Alguns sintomas são semelhantes aos da mulher grávida como apontado por Maldonado (1997). Dessa forma, a síndrome pode ser considerada uma reação neurótica com a prevalência de manifestações somáticas. Mas muitas vezes, traz à tona registros inconscientes do próprio nascimento. Existem três hipóteses para explicar esta síndrome: que ela é resultado da ambivalência e os sintomas representariam formações reativas contra impulsos sádicos e hostis reprimidos em relação à esposa grávida; de que ela resulta de sentimentos de identificação e empatia, e de que é sinal de sentimentos de inveja da capacidade da mulher de ter um bebê.

“Uma vez mais devemos ocupar-nos especialmente do pai, arrastado por sua própria ansiedade, pelos sentimentos de responsabilidade, pelo terror de que a esposa faleça no parto (expressão da fantasia invejosa inconsciente), pela ansiedade desta e do ambiente. Quando a ansiedade se torna intolerável, reaparecem os transtornos psicossomáticos ou, em seu lugar, a evasão na busca das relações extraconjugais ou na dedicação excessiva ao trabalho” (Soifer, 1980 p.42).

Nesse momento, os pais são levados a uma autêntica regressão infantil em seus corpos como afirma Soifer (1980). Infecções passageiras, gripes, anginas, resfriados, torções, fraturas, apendicite ou cólicas renais, qualquer coisa serve para colocá-los em uma situação de criança da qual é necessário cuidar, no mesmo momento em que outra criança real absorve toda a atenção de sua esposa. A castração consiste em desfazer-se da imagem da própria mãe a quem estão muito ligados, assim como são evocados a recordar seu próprio nascimento e o lugar que lhes foi dado na família.

Winnicott (1999 a) mostra que apesar de também sofrer ansiedade durante o parto, os homens invejam a condição da mulher de poder dar à luz.

As vivências de ansiedade do homem em relação ao parto, muitas vezes, são expressas pelo temor de entrar na sala de parto para assistir ao nascimento do filho de acordo com Maldonado (1997). Podem surgir fantasias de ficar nervoso, não agüentar ver sangue, sentir-se mal, angustiado, inquieto, etc.

Como vimos até aqui, o pai ao longo da história, vem participando do nascimento dos filhos, em algumas culturas com maior proximidade e em alguns casos até apresentando manifestações somáticas ilustrando que não estão alheios à transformação que ocorre em sua família. Isso serve como ponto de partida para pensarmos a função do pai ou do acompanhante durante o trabalho de parto.

A partir daí surgiu a necessidade de se repensar se eles deveriam continuar aguardando notícias do parto de sua esposa ou se poderiam ser mais participativos nesse momento.

A entrada dos pais nas salas de parto surgiu primeiramente nos países desenvolvidos na década de 70, com o objetivo de recuperar a afetividade, valorizar a mulher e resgatar a importância da família como vemos em Carvalho (2003).

No contexto brasileiro atual, foi sancionada a Lei do Acompanhante – lei 11.108 de 7 de abril de 2005. Essa lei dispõe que o/a acompanhante do parto deverá ser uma pessoa de escolha da parturiente, inclusive para contemplar mulheres que eventualmente não tenham companheiro (DINIZ e DUARTE, 2005).

Geralmente, na prática, alguns hospitais alegam não ter espaço para respeitar a privacidade das demais parturientes quando há a presença de um acompanhante do sexo masculino, porém isso limita o direito de escolha da mulher. Além disso, será que não seria possível, mesmo na presença dos homens, manter a privacidade da parturiente?

Ângulo-Tuesta et al (2003) mostram que a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto, frequentemente, gera conflitos entre a equipe de médicos e enfermeiras e que, embora os obstetras reconheçam o benefício do acompanhante para a parturiente, resistem em consentir sua presença.

Isso aponta que a dificuldade em fazer valer a lei do acompanhante é imposta pela própria equipe do hospital, baseada na crença de que o mesmo pode atrapalhar nesse momento.

Salientando ainda mais as repercussões da gravidez, Maldonado (1997) aponta que o nascimento de um filho é uma experiência familiar e que, para conseguir oferecer assistência global, é necessário pensar não apenas na mulher grávida, mas também na “família grávida”.

3.3 Doula

Doula é uma palavra de origem grega da época de Aristóteles, que significa mulher que serve, escrava, mulher que cuida de outra mulher, acompanhante de parto. Através da história, foi vista como a mulher que assiste a parturiente, realizando atividades como cozinhar, ajudar nos cuidados do bebê e das outras

crianças maiores assim como cuidar das outras atividades domésticas (LEÃO e OLIVEIRA, 2006; MALDONADO, 1997; BRUGGEMANN, PARPINELLI e OSIS, 2005; WILHEIM, 1997).

Com a institucionalização do parto após a Segunda Guerra Mundial, visando reduzir as altas taxas de mortalidade materna e infantil, a maioria das parturientes passou a permanecer internada nas salas de pré parto coletivo, com pouca ou quase nenhuma privacidade. Lá elas eram atendidas com práticas baseadas em rotinas e normas que forçavam a passividade da paciente, e eram impedidas ou impossibilitadas de ter a presença de uma pessoa do convívio social para apoiá-las, indicando a preciosidade do auxílio da doula (BRUGGEMANN, PARPINELLI e OSIS, 2005).

Em Leão e Oliveira (2006) encontramos a descrição de estudos que apontaram para a redução do tempo do trabalho de parto, do uso de analgésicos, do emprego do fórceps e de cesarianas na presença das doulas.

Assim, a presença da doula ao lado da parturiente ajudando a tranquilizá-la, encorajando-a e promovendo conforto físico reduz a ansiedade da mãe, consequentemente, os níveis de catecolaminas circulantes. A parturiente pode se sentir mais tranquila, o trabalho de parto transcorre mais rapidamente, diminuindo as intervenções obstétricas (LEÃO e BASTOS, 2001).

Klaus e Kennell (1992) realizaram um estudo em 1974, na Guatemala, que revelou que havia incidência significativamente menor de problemas de trabalho de parto e nascimento para o grupo de duplas mãe- bebê que havia recebido a acompanhante qualificada.

No estudo de Bruggemann, Parpinelli e Osis (2005), os efeitos do suporte da doula dado à parturiente estiveram mais associados aos resultados maternos, em destaque a redução da taxa de cesariana, redução do uso de ocitocina para indução do parto, diminuição da duração do trabalho de parto, diminuição do uso de analgesia e medicamentos para alívio de dor e aumento da satisfação materna com a experiência do nascimento.

Já Maldonado (1997) mostra que os resultados também podem ser favoráveis para o bebê e sua relação com a mãe, pois a amamentação, ao contrário do que muitos pensam, afirma a autora, não é um comportamento instintivo, e nas

sociedades antigas, as doulas tinham um papel importantíssimo de transmitir e incentivar esse comportamento para garantir a sobrevivência dos recém nascidos.

A presença da doula foi muito incentivada em tempos remotos, e como vimos nos estudos anteriormente citados, sua presença na sala de parto traz inúmeros benefícios. Porém, para seguir a rotina hospitalar sua participação foi sendo esquecida.

Aos poucos, partindo dos princípios de humanização do parto e nascimento, vemos tentativas de resgatar sua função.

Atualmente o termo doula denomina aquela que está ao lado, que interage, que ajuda a mulher na gravidez, parto e puerpério, auxiliando a nova mãe a realizar suas funções. Trata-se de uma tarefa solidária de uma mulher em relação a uma outra mulher, numa situação que só ela pode empatizar.

É uma mulher sem formação específica na área de saúde, diferentemente da parteira, que orienta e assiste a parturiente neste importante momento (LEÃO e BASTOS, 2001). A atividade da doula é inovadora e recente no Brasil e são poucas as maternidades que contam com a colaboração dessa profissional. Seu trabalho ainda é pouco conhecido pela maioria dos profissionais de saúde e pela população em geral.

Em nosso país existem cursos para formação de doulas em entidades específicas como por exemplo em São Paulo, na maternidade Santa Marcelina. Vale destacar que desde a sua implantação a taxa de cesárea caiu para 15% neste hospital (WILHEIM, 1997). “Hoje a doula faz parte da equipe que acompanha o parto; ela não substitui nem o obstetra nem a parteira, ela apenas acompanha” (p.118).

Com o movimento de Humanização do Nascimento há uma tentativa de resgatar essa importante colaboradora e incentivar cada vez mais sua participação no parto (LEÃO e OLIVEIRA, 2006).

Com a intenção de garantir e incentivar o processo de humanização de nascimento nas maternidades brasileiras, têm sido publicado nos últimos anos, portarias e manuais de orientação a esse respeito. Entre os principais tópicos estão o incentivo ao parto natural, a presença de pessoas da família das parturientes durante o trabalho de parto e parto, a adaptação do ambiente hospitalar próximo do ambiente familiar, a não separação imediata do bebê após o nascimento de sua

mãe, o acompanhamento por mulheres que possam orientá-la nesse momento ou apenas que estejam ao seu lado e a redução dentro do que for possível da utilização de medicamentos e cirurgias.

Isso possibilitaria à mulher ser protagonista do próprio parto e não mais ficar à sombra do conhecimento médico imposto pelas transformações tecnológicas.

As medidas adotadas pelo movimento têm despertado polêmicas e mobilizado defensores e opositores, nos diversos seguimentos envolvidos, tendo sido tomadas dentro ou fora das instituições de assistência ao parto como salientam Nagahama e Santiago (2005).

Para Bruggemann, Parpinelli e Osis, (2005), a avaliação dos efeitos do suporte que tem sido dado à mulher durante o trabalho de parto e parto pelas doulas tem sido foco de estudo em vários ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas, tornando-os uma prática embasada em evidências científicas. Os autores apontam uma possível influência positiva da presença dessas colaboradoras na redução da taxa de cesariana, especialmente em mulheres de média renda.

Esses autores acentuam que as mudanças no contexto assistencial também exigem que as evidências disponíveis sobre o suporte durante o trabalho de parto e parto sejam conhecidas, divulgadas e, principalmente, debatidas nas instituições de saúde de maneira que seja possível a viabilização e disseminação dessa prática e seus benefícios, para que assim seja possível alcançar efetivamente esse aspecto da humanização do nascimento.

3.4 Parto Normal X Parto Cesárea

Vemos, através do tempo, que as transformações não ocorreram apenas em relação ao progresso científico, mas esse progresso também trouxe profundas mudanças sobre a estrutura da sociedade, possibilitando à família fazer a opção por ter ou não filhos, adiar em alguns anos essa escolha, inserir a mulher em ocupações sociais antes destinadas aos homens entre outras, como veremos nas páginas seguintes.

Pinto et al (2003) apontam que o parto tornou-se um ato institucionalizado, onde as mulheres recebem os cuidados de profissionais com quem nunca tiveram contato anteriormente e a assistência oferecida é dimensionada pelas diretrizes da

própria instituição que muitas vezes dificulta a proximidade do contato humano e desconsidera as particularidades individuais.

Apesar de termos que reconhecer que a hospitalização tem sido em grande parte a responsável pela queda da mortalidade materna e neonatal, o cenário do nascimento transformou-se rapidamente. Do ponto de vista simbólico é possível perceber que a mulher foi despida de sua individualidade, autonomia e sexualidade, através do cerimonial de internação: separação da família, remoção das roupas e de objetos particulares, ritual de limpeza como a raspagem dos pêlos, jejum, proibição de andar, etc... (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2005).

A assistência ao parto passou a ser altamente medicalizada e caracterizada pela ocorrência de intervenções rotineiras que, na maior parte das vezes, são facilmente dispensáveis.

“Não se quer aqui reduzir a importância do ensino-aprendizagem das técnicas cirúrgicas, ou dos mais recentes avanços em termos da utilização de aparelhagem sofisticada para diagnósticos e terapêuticas. Pretende-se apenas lembrar a existência de uma tecnologia muito simples e de baixo custo, fundamentada na interlocução com quem demanda o serviço – que pode ser tão ou mais reveladora das peculiaridades de sua doença do que os aspectos tecnológicos” (RATTNER, 2005 p. 30).

No Brasil, é adotada como rotina médica a abertura cirúrgica da musculatura e tecido erétil da vulva e vagina (episiotomia), e em muitos serviços, nas mulheres primíparas ocorre a extração do bebê com fórceps. Já nas mulheres do setor privado, esse sofrimento pode ser evitado através de uma cesárea eletiva (DINIZ, 2005).

Vale a pena destacar que atualmente a cesárea não se trata de uma escolha da paciente que se utiliza do serviço de saúde pública. Para ela, a opção pela via de parto depende da escolha do médico. Diferentemente do setor privado, onde a parturiente pode discutir com o obstetra sua vontade sobre o procedimento a ser realizado. Para a realidade brasileira, temos que considerar que a maioria da população depende do serviço único de saúde, e isso implica em não poder escolher como será realizado o parto.

Zorzetto (2006) aponta que quatro em cada dez crianças nascem por meio de cesariana, atualmente, no Brasil, sendo que, na maioria das vezes, essa cirurgia é agendada pelas mães e pelos obstetras, bem antes do final da gestação. O índice aceito pela OMS é de 15 % de cesáreas por hospital.

O ponto alto do abuso de partos abdominais, como vemos em Sodré e Lacerda (2007), é traduzido no lucro para os hospitais e médicos por ser um procedimento mais rápido e favorecer um maior número de atendimentos.

O Brasil é hoje um dos países com mais alto índice de cesáreas do mundo (CARNIEL, ZANOLLI e MORCILLO, 2007).

Os autores Costa, et al (2006); Cury e Tedesco (2003); Cecatti et al (2000) e Maldonado (1997) são unânimes em apontar o aumento das taxas de cesárea. Essa é uma realidade hoje em dia não só no Brasil como também no mundo todo. A opção por esse tipo de intervenção pode se dar por diversos motivos, tanto como escolha médica como por opção da própria parturiente.

Os motivos que levam os médicos a optar pela cesariana são: intercorrências obstétricas como parto pré termo, as síndromes hipertensivas, a desproporção feto-pélvica (COSTA et al, 2006), parto de repetição, incoordenação da atividade uterina, apresentação pélvica em primíparas, apresentação anômala, placenta prévia, distócias de partes moles, formas graves de diabetes, sofrimento fetal, prolapso de cordão umbilical e procúbito, câncer genital, herpes e primíparas idosas, além da decisão dos médicos para não atrasar seus horários (MALDONADO, 1997; CURY e TEDESCO, 2003, CECATTI et al, 2000; CAMPOS e CARVALHO, 2000).

Na atualidade, as indicações para uma cesariana se ampliaram muito, porém, na maioria das vezes, não há justificativa real obstétrica para tal procedimento (CECATTI et al, 2000).

Variáveis sociodemográficas, ético-legais, psicológicas e culturais estão envolvidas no problema do aumento da incidência de partos operatórios e que não podem ser explicados apenas por questões médicas. Fatores como nível sócio-econômico, tipo de assistência médica e hospitalar, características psicológicas das gestantes e do profissional, aspectos de conveniência, preocupações com problemas ético- legais e cultura médica intervencionista são elementos que compõem este cenário (CURY e TEDESCO, 2003; CECATTI et al, 2000).

Levando em conta os fatores que levam a parturiente a optar por determinado tipo de parto, podemos encontrar: o medo da dor no parto normal, o medo de ficar com a vagina alargada (MALDONADO, 1997; BARRET et al, 2005), a busca pela esterilização em uma cesárea (COSTA et al, 2006), a dessexualização do

nascimento (LANGER, 1951 apud MALDONADO, 1997), a falta de preparo para um parto vaginal (CECATTI et al, 2000; TEDESCO et al, 2004).

De acordo com Oliveira (2002) a expectativa das gestantes quanto ao tipo de parto está diretamente relacionada à forma como as informações estão acessíveis e disponíveis.

Assim, é muito importante possibilitar à mulher encontrar novas formas de obter maior controle sobre o próprio parto, com direito a ter sua opção fundamentada na escolha informada.

O estudo de Hotimsky et al (2002) ouviu o desejo das mulheres em relação ao trabalho de parto, elas relatam que acima de tudo sentem o desejo de ser acolhida, poder fazer perguntas e obter respostas, obter vaga nos hospitais, ser respeitada, ter espaço para sua dor e vulnerabilidade, poder gritar, ter acesso à tecnologia quando necessário, ser reconhecida como alguém que tem vontades, desejos e necessidades e finalmente poder compartilhar com os profissionais os temores, alegrias e prazeres da gestação e do parto.

Vemos também que apesar das altas taxas de cesárea, os estudos de Faúndes et al, (2004) desmentem que a maioria das mulheres prefiram o parto cesárea.

Porém, como salientam Cury e Menezes (2006) algumas mulheres podem se sentir pouco à vontade para expressar seu real desejo, já que podem considerar socialmente adequado que se opte pelo parto normal.

Acrescentando, Maldonado (1997) aborda a questão da cesárea a pedido, compreendendo que a justificativa de proteger a mulher da dor e do sofrimento do parto carrega um conteúdo latente que busca isentar a mulher de participar, ativamente e conscientemente, no nascimento do filho, o que pode encobrir uma dificuldade mais real de assumir a função maternal.

Cuidadosamente, Debray (1988) salienta que uma cesárea sob anestesia, apesar de privar parcialmente a mulher da experiência do nascimento, não tem um caráter altamente prejudicial. A autora reconhece as vantagens do parto por via baixa, porém, diante dessa impossibilidade, por periculosidade ou ansiedade, é positivo constatarmos que ainda há outra possibilidade, como o parto cirúrgico.

Szejer e Stewart (1997) entendem que para a mulher, concordar com o médico e fazer um parto sem sofrimento é expor-se à culpa consciente ou inconsciente de não ser solidária com sua mãe, que sofreu para dar-lhe à luz. A partir dessa culpa,

ela pode interiorizar que não é uma boa mãe, que sofreu para por os filhos no mundo, acreditando que isso caracteriza o status de mãe.

Em suas palavras:

“Essa é uma idéia profundamente enraizada em todas as mulheres, um sentimento arcaico de que aquela que não segue as leis da natureza não faz verdadeiramente as coisas como elas têm que ser feitas. Ter o parto por via baixa, amamentar ao seio, são modelos arcaicos. E toda mulher que não encontra dificuldade para estar de acordo com isso experimenta uma espécie de sentimento de dever cumprido. Mas aquela que, por alguma razão, apresenta alguma alteração pode experimentar um sentimento de culpa. Porque, se contrapondo à tradição ancestral, ela faz uma espécie de transgressão” (p. 232).

Não há dúvida sobre a importância da cesárea como técnica apropriada para o manejo de uma série de situações obstétricas específicas, que realmente indiquem a necessidade de interrupção da gestação como a única maneira de preservar a saúde da mãe e do bebê; porém seu uso indiscriminado também pode causar prejuízos.

Zorzetto (2006) expõe claramente que quando as taxas de cesárea de um hospital ultrapassam a faixa de 10 a 20 % do total de partos, aumenta muito o risco de complicação para a mãe e para o bebê. É maior a probabilidade de a mulher morrer durante o parto, apresentar sangramento grave ou adquirir uma infecção que exija internação em UTI. Já a criança corre mais risco de nascer com menos de 37 semanas, considerado prematuro por erro de cálculo, de morrer durante o nascimento ou na primeira semana de vida e de necessitar de maiores cuidados.

“Estudos realizados nos Estados Unidos sugerem que pessoas que nasceram de parto normal são mais equilibradas emocionalmente, e que pessoas nascidas por cesárea têm maior necessidade de se apoiar em outras. Há também um trabalho que estudou a associação entre delinquência e nascimento por cesárea. Essas associações deveriam ser mais exploradas pela ciência, para abrir os olhos daqueles obstetras que se consideram mais dotados que a natureza, e para quem a cesárea é a melhor maneira de nascer” (SILVA, 2005 p. 84)

De acordo com Sabatino (1997) quando se indica uma cesárea sem causa médica explícita ou a pedido da grávida que solicita o término da gravidez, está-se aumentando mais de 12 vezes o risco do parto quando comparado à finalização pela via vaginal espontânea.

Oliveira et al (2002), acrescentam ainda que o uso abusivo de tecnologia, com cesarianas que não são realmente necessárias, tem contribuído para a desumanização da assistência ao parto e nascimento.

Uma vez que esse uso irracional provoca mais danos que benefícios, há cerca de 25 anos iniciou-se um movimento internacional que prioriza a tecnologia apropriada, a qualidade da interação entre a parturiente e seus cuidadores, e o abandono do uso de tecnologia danosa. Em cada país o movimento leva um nome diferente. No Brasil é geralmente chamado de humanização do parto (DINIZ, 2005).

“A humanização da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento do outro humano” (Diniz, 2005 p.628).

A proposta de humanização do parto, tanto no SUS (Sistema Único de Saúde) como no setor privado, tem o mérito de criar novas possibilidades de exercício de direitos, de vivenciar a maternidade, a sexualidade, a paternidade, a vida corporal. Enfim, de reinventar o parto como experiência humana, onde antes só havia uma escolha precária entre a cesárea vista como ideal e o parto normal, visto muitas vezes como violento.

3.5 Cursos de preparação e assistência psicológica para o parto.

Rodrigues (2008) afirma que a mulher primitiva sentia-se grávida, enquanto que as mulheres de hoje, tendem a pensar-se grávida.

Dessa forma, existe a necessidade de perceber os sentimentos que surgem neste período, para vivenciar a maternidade de forma mais plena. Possibilitar ambiente de acolhimento e escuta de como esse período é vivido pela família se faz necessário.

Antigamente, as famílias eram mais numerosas e era comum haver várias mulheres grávidas ao mesmo tempo, o que possibilitava maiores trocas. Com a diminuição do número de filhos, veio também o isolamento familiar, onde a gestante acabava sentindo solidão. Por isso, a socialização entre as mulheres que estavam vivenciando o mesmo momento se fez necessária, como apontam Szejer e Stewart (1997).

Os cursos de preparação para o parto surgiram na Europa, no início do século XX. Um obstetra inglês chamado Dick Read percebeu que no hospital, as mulheres se sentiam na maioria das vezes tensas, com medo, solitárias, pariam com dificuldade, necessitando de intervenção não apenas do ponto de vista fisiológico como também sobre seu estado psicológico (COUTO, 2006).

A partir disso, começou a se preocupar em vencer aqueles temores informando as mulheres sobre o que iria acontecer com elas, ensinando-as a colaborar de forma ativa no nascimento do filho, conseqüentemente, obtendo diminuição da dor.

Atualmente, como demonstra Couto (2006), apesar de os cursos serem realizados usando diferentes técnicas, todos têm os mesmos objetivos: fornecer informações sobre a gravidez, parto, puerpério e cuidados com o recém nascido; vencer a ansiedade e medos transmitidos de mãe para filhas, reduzir a dor através do ensino de técnicas comprovadas (respiração, relaxamento); ensinar a parturiente a colaborar com o próprio corpo para que tudo ocorra mais rapidamente; proporcionar o encontro com outras gestantes; fornecer informações ao futuro pai e apresentar à mulher o ambiente hospitalar.

Como apontam Oliveira et al (2002), a expectativa das gestantes quanto ao tipo de parto está relacionada diretamente com a disponibilidade de informações sobre o assunto. Nesse sentido a orientação do pré-natal deve fazer parte da assistência, incluindo o suporte emocional e a presença do acompanhante para compartilhar a experiência.

A obtenção de informações e conhecimentos em relação ao parto pode ocorrer de duas formas (COUTO, 2006): o processo informal, onde as informações são passadas através do senso comum através de livros e revistas, conversa com outras mulheres entre outras formas. O processo formal se dá, principalmente, pelos profissionais de saúde em grupos de gestante. Ele só acontece na situação específica ou seja, a mulher quando se descobre grávida é impelida a buscar mais informações.

Maldonado (1997) salienta que quando a mulher não recebe a preparação necessária para o parto, se este é vivido sem anestesia, pode ser visto como traumatizante, e como consequência prejudicar a relação mãe-bebê, pois mais tarde a mãe pode exigir uma espécie de cobrança de gratidão e reconhecimento pelo sofrimento passado ou mesmo dirigir sua hostilidade contra a criança que a fez sofrer.

Esclarece ainda que as experiências passadas influem na qualidade do parto e as experiências negativas anteriores podem ser minimizadas, mas não anuladas, nos cursos de preparação para o parto.

Trata-se de preparar a família para a maternidade, através do fortalecimento de mecanismos adaptativos do ego e da redução da ansiedade e do domínio cognitivo da situação, com a utilização de técnicas grupais cujo material é tratado com base na reflexão de sentimentos, reassseguramento e orientação antecipatória, reduzindo-se ao mínimo as interpretações profundas. Cabe neste momento, ajudar a gestante a elaborar a situação presente, independente das experiências passadas. A finalidade não é a cura nem a reestruturação da personalidade, mas uma tentativa de melhorar o funcionamento presente através da experiência imediata.

Klaus e Kennell (1992) perceberam que em muitos grupos de preparação para o parto os laços formados entre os participantes foram tão fortes que, frequentemente, esses casais continuam mantendo contato por muitos anos posteriormente ao nascimento dos bebês.

Como aponta Rossi (1996), a gestante necessita de suporte externo e de estrutura interna que possibilite a melhor vivência desse período, para que dessa forma ela consiga entrar em contato com conteúdos profundos sem se sentir ameaçada por eles.

Volich (2002) afirma que se a mulher não é compreendida em suas queixas, geralmente ela inicia uma verdadeira escalada sintomática, e os médicos, de outro lado, travam uma guerra contra essa escalada. Muitas vezes, a surdez ao sofrimento implícito a esse movimento vertiginoso acaba por produzir novas e extremas manifestações psicopatológicas centradas nos sintomas somáticos.

Em algumas maternidades, atualmente, além dos grupos de preparação para o parto, percebemos a presença de psicólogos e psicanalistas atuando durante o trabalho de parto.

Muitas pacientes, diante de um profissional da área de saúde mental, se comportam de modo a fornecer explicações psicológicas ao que lhes acontece. Fazem isso partindo do pressuposto de que é isso que o analista espera delas. Isso pode despertar uma reação paranóica nessas pacientes, já que colocado nesse papel, o analista seria a pessoa que destitui o sintoma da paciente de sua condição orgânica, e através do processo analítico almejaria descobrir sua causa psíquica. Fernandes (2003) aponta que é uma grande violência interpretar o sintoma da

pessoa que sofre atribuindo causas explicativo-causais psicológicas sobre suas manifestações somáticas.

Diante desse abuso, a paciente não teria outra forma de se comportar senão através de tentativas de se proteger a todo custo de estabelecer qualquer relação entre seu sintoma com sua história pessoal, tornando-se resistente a dividir sua história com os profissionais perdendo a oportunidade de elaboração da situação vivida.

Os comportamentos inadequados como ataques de agressividade apresentados durante esse período relacionam-se, estreitamente, com as fantasias de invasão que a mulher pode vivenciar nesse momento, causados por uma fragmentação do ego. A partir daí, estaremos nos relacionando com uma paciente manipuladora, que vai querer controlar a todos, até irritar, e angustiar a equipe que a acompanha. Por isso é necessário que o profissional da saúde mental esteja disponível para partilhar de suas fantasias e atenuar a persecutoriedade (SOIFER, 1980).

O psicanalista deve propiciar que a parturiente possa se utilizar de mecanismos de defesa como a sublimação e a reparação, facilitando a reestruturação do ego para enfrentar e tolerar a situação. A sublimação concentra-se na imagem do filho, da qual a paciente vai captando a fortaleza necessária; enquanto que a reparação leva à conexão com a imagem materna e traz o alívio requerido para a ansiedade de separação (SOIFER, 1980).

O fato de o analista demonstrar interesse pelo relato que as pacientes fazem de seus corpos, quanto pelas explicações que elas constroem em torno deles cria, na maior parte das vezes, a possibilidade de se instaurar um discurso psicanalítico, onde as pessoas podem então se constituir como sujeitos de seus próprios sintomas.

“... pode ocorrer que o trabalho analítico consiga reconstruir alguns circuitos antes bloqueados, permitindo assim que a paciente encontre novas saídas em relação à sua doença. No entanto, é importante questionar a maneira pela qual acolhemos a doença somática de nossas pacientes, pois é disso exatamente que se trata: de acolhê-la” (FERNANDES, 2003 p. 98).

Quando se consegue elaborar o excesso de ansiedade, o trabalho de parto pode prosseguir. A partir daí, as mulheres preparadas alcançam um estado de

tranquilidade, recuperam o controle, se concentram e colaboram com seu corpo. Quando essa elaboração não é possível, o processo de parto pode estacionar e resultar em inércia uterina ou produzirá uma distócia. (SOIFER, 1980).

O trabalho da análise deve ser o de nomeação, ou seja, ajudar a paciente a colocar em palavras, criando uma cadeia associativa que integre os elementos do discurso em um trabalho de construção de sentidos. Nomear o sintoma significa dar-lhe contorno, limite, de tal forma que ele comece a adquirir sentido, permitindo à paciente inscrevê-lo em sua história.

A parturiente pode dizer palavras enganosas sobre esta gestação e sobre a criança que está para nascer. Palavras muitas vezes contraditórias com seus reais sentimentos vividos e manifestos através de seus sintomas corporais. Seja qual for a atitude da parturiente, é através de seu comportamento somático em relação ao momento que está vivendo que ela expressa sua verdade (DOLTO, 1984).

Partindo desse ponto de vista, interpretar não significa revelar o sentido oculto, mas sim trabalhar na construção de sentidos, ou seja, permitir que uma interpretação abra a possibilidade para outra e assim sucessivamente, permitindo o trabalho associativo do paciente.

“Sendo assim, deve-se insistir que a psicanálise não pode ser nem uma teoria psicológica do somático, nem uma interpretação simbólica direta das doenças do corpo, o que significa dizer que o psíquico não pode ser definido como o mestre absoluto que reina sobre os destinos do corpo biológico e, consequentemente, que o somático não pode ser definido meramente como substrato causal. Dito isso, é prudente não esquecer que a etiologia das doenças orgânicas permanece, em princípio, como competência das disciplinas médicas, cabendo a uma abordagem psicanalítica do corpo tudo aquilo que o toca na palavra. Isto é, todas as formas de viver o corpo e de colocá-lo em palavras, mesmo que ela seja mais atuada que falada” (FERNANDES, 2003 p. 103).

A ênfase da atuação do analista durante o trabalho de parto não recai sobre o trabalho interpretativo, como mostra Leal (2004), mas sim sobre a qualidade do contato, que assegura a confiabilidade do terapeuta. A partir disso é possível que a paciente aceite entrar em contato com estágios anteriores de seu desenvolvimento que ficaram mal resolvidos, e a partir disso, retomar seu crescimento, podendo vir até a se beneficiar da terapia psicanalítica convencional após o nascimento do filho.

Fernandes (2003), cautelosamente, mostra que um silêncio rígido do analista pode enviar a paciente a um estado de solidão, remetendo-a inclusive, à própria morte e à incapacidade de lidar com os traços traumáticos de sua história. Não é por acaso que esse tipo de paciente tem necessidade de se assegurar da

presença viva do analista, e essa presença serve de constatação de que o analista não está morto. Simples expressões sonoras que emanam do analista, muitas vezes, são suficientes para reassegurar ao paciente sua presença, permitindo que continue se desenvolvendo o trabalho associativo.

Soifer (1980) mostra que durante o trabalho de parto, permanece o mecanismo de identificação projetiva da mulher sobre os profissionais que a assistem, visto que ela entrega e confia uma parte do ego em forma de cooperação e confiança para que o processo se desenvolva de forma harmoniosa.

Maldonado (1997) afirma que, em termos simbólicos, o trabalho do obstetra e do psicólogo são muito parecidos. O obstetra tem como função estar presente na hora do parto e ajudar a mulher a dar à luz. É importante salientar que ele não pode ter o bebê no lugar dela, mas está lá em essência para facilitar o processo e trabalhar junto com ela.

No atendimento psicológico, a função do psicólogo é essencialmente estar presente, facilitando o processo de renascimento da cliente, ao lado dela, mas também não é ele que cria o novo ser do outro. Ele apenas colabora no processo de fazer emergir esse novo ser a partir dos recursos inesgotáveis e profundamente fecundos de constante renovação do ser humano.

Apesar de termos tentado esboçar alguns possíveis conflitos expressos pela via somática, isso não significa que o analista deva se utilizar desse conhecimento para interpretar o que acontece com o corpo da parturiente enquanto o trabalho de parto está ocorrendo.

Devemos, ao contrário, conhecer os possíveis conflitos de antemão para auxiliar a mulher a nomeá-los, visando sempre alimentar sua capacidade associativa.

Felizmente, essas práticas de auxílio ao parto têm sido adotadas com mais frequência tanto no setor privado quanto no setor público de saúde, e contribuído para desmistificar antigas lendas presentes nos temores em relação ao parto, possibilitando à mulher compreender o que se passa em seu corpo e se sentir mais confiante, nesse momento tão importante de sua vida.

“... o ciclo gravídico- puerperal é tempo de renovação. A humanização do parto requer este resgate das histórias, dos sentidos, das lembranças e dos significados, sob pena do nascimento se limitar a ser apenas reprodução humana (mera repetição a favor da preservação da espécie). O nascimento é portador de algo novo,

que inaugura e renova a humanidade. Humanizar é também buscar o sentido inaugural e renovador contido em cada nascimento” (MACHADO, 2005 p.56).

4. Aspectos do funcionamento psicossomático envolvidos no parto

Já é sabido que a gravidez provoca inúmeras mudanças na vida familiar. Essas mudanças podem ser encaradas como positivas ou negativas, dependendo do lugar que este bebê que está para nascer vem ocupar entre seus pais.

O referencial teórico metodológico utilizado neste trabalho é a Psicanálise. De acordo com ela, a gravidez e o desejo de ter um filho não se restringe a uma opção ou escolha racional; mas esse desejo tem a ver com sentimentos primitivos, irracionais e inconscientes que também dizem respeito às primeiras vivências da mulher e suas identificações (BRIDA, 2002).

Como veremos a seguir, a ambivalência entre aceitar ou não a gravidez está presente em todas as gestações e ela é fortemente influenciada pela identidade que a mulher formou ao longo da vida, espelhando-se em sua própria mãe assim como pela vivência de seu próprio nascimento. Por isso, é de extrema importância compreendermos de que forma ocorreu o nascimento e a formação da identidade materna, assim como sua relação ambivalente em relação a essa gravidez.

4.1 Ambivalência

Toda gravidez tem uma história e não existe gravidez ideal. Cada uma delas tem seu jeito próprio de ser vivida. Para algumas mulheres esse período é vivido como um momento de plenitude, enquanto para outras representa grande momento de angústia.

Quando uma mulher ou um casal engravida, são mobilizados neles vários processos de natureza biológica, psicológica e sociocultural nem sempre harmoniosos entre si, como seria desejável (NAVAJAS FILHO, 1997a).

Essa diversidade de estados e sentimentos pode ser sentida por uma mesma mulher em diferentes gestações ou até mesmo numa única gravidez (SZEJER e STEWART, 1997).

A ambivalência vivida na gravidez significa a existência de impulsos opostos, tanto amorosos quanto agressivos. Frequentemente são inconscientes, e às vezes, podem ser pouco aceitos socialmente (DELLA NINA, 1997; MALDONADO, 1997). Não existe uma gravidez totalmente desejada ou totalmente rejeitada, mesmo quando há clara predominância de aceitação ou rejeição.

“ No início da vida, o encontro inaugural entre o bebê e a mãe, ou aquele que o acolhe, é marcado pelas mais desesperadoras sensações corporais: a passagem do útero para o mundo e o contato com a realidade ameaçadora de um ambiente frio, ruidoso, incerto quanto às condições de sobrevivência. Mas esse encontro caracteriza-se também pelo reconhecimento de que mesmo nessa realidade hostil é possível a vida, o prazer pela satisfação das necessidades, a tranquilidade pela existência de alguém que propicie essas experiências. Dessa forma, no bebê e na mãe mesclam-se o prazer e o desejo de vida com a decepção e a perda, podendo também muitas vezes, instaurar-se, ao lado do desejo de viver, a depressão, a melancolia, a doença.” (VOLICH, 2002 p.226).

Winnicott (2000) indica possíveis motivos pelos quais uma mãe pode odiar o filho: ele interfere em sua vida privada, em suas ocupações; a mulher tem o sentimento de que a sua própria mãe lhe exige um filho; o bebê é cruel, trata a mãe como uma escrava; ele recusa seus cuidados e aceita os de estranhos, entre outros.

Szejer e Stewart (1997) apontam que o desejo, na opinião dos psicanalistas, “não pertence apenas à ordem do consciente. Pode-se afirmar – de boa fé – que se deseja um filho e inconscientemente não desejá-lo, por razões que escapam e dizem respeito à história particular de cada um” (p. 56).

Complementando, Navajas Filho (1997 a) comenta que pode haver descompasso entre as emoções conscientes e inconscientes na mente de uma pessoa. Por um lado, há o desejo de engravidar; do outro, existe a dificuldade inconsciente de realizar esse desejo.

Tedesco (1997 a) afirma que a gravidez é momento de mudanças profundas, e que mesmo a gravidez considerada normal é descrita como crise psicológica, crise de vida, que implica em mudanças que atingem a mulher. Esse desequilíbrio é tão grande que a primeira gravidez é vivida como estresse nunca antes sentido. A mulher pode experimentar uma enorme variedade de emoções, que incluem introversão, passividade, mudanças bruscas de humor, inquietação, irritabilidade, preocupação e depressão, que são reflexos da intensa ansiedade.

Acrescentando, Maldonado (1997) entende que no ciclo de vida da mulher existem três períodos denominados críticos que podem ser vistos como fases de desenvolvimento da personalidade. São eles: adolescência, gravidez e climatério. Nesses momentos, ocorrem mudanças metabólicas complexas, caracterizando esse estado temporário de instável devido às grandes mudanças que envolvem o

papel social, as novas adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos além de mudança de identidade.

Esse processo não ocorre de maneira simples, como aponta Rossi (1996). A gestante passa por um momento regressivo, no qual ela vivencia conflitos infantis primitivos que precisam ser elaborados para que a gravidez siga tranqüila.

A mulher grávida se encontra em um estado muito especial que se assemelha a um tipo de doença, exceto pelo fato de ser normal (WINNICOTT, 1999 b).

Em relação ao momento do parto, Tedesco (1997 b) considera que esta é uma das vivências mais fundamentais na vida da mulher. É um momento de crise, e, conseqüentemente, de crescimento emocional, psicológico e espiritual da mulher. “A mulher que se torna mãe torna-se, também, diferente; nunca mais volta a ser igual ao que era. A sublimidade do momento é único na vida da mulher” (p. 277).

Toda grávida é única em sua forma de vivenciar este momento, assim como também é única a relação que ela estabelece com o obstetra.

A gravidez é uma verdadeira crise, um turbilhão emocional. Nem tudo o que acontece durante esse período trata-se de distúrbio ou transtorno, como afirma Navajas Filho (1997 b), mas como consequência emocional próprias da gravidez, com a ressalva de que, em algumas pacientes isso pode ter uma configuração de doença.

“ O problema que aqui se coloca para o profissional será sempre o de entender a cliente na relação com a vivência gestacional, em seus múltiplos aspectos e facetas, dentro de sua singularidade como pessoa, sem generalizações, interpretações apressadas ou inclusões inúteis em uma psicopatologia livresca. Para tanto, terá que ter tempo e disposição para realmente escutá-la e perceber nas nuances de sua comunicação, tanto verbal quanto a de seus sintomas as possíveis implicações de suas ansiedades” (DELA NINA, 1997 p. 96).

Sabidamente o autor ressalta a importância da relação que o obstetra estabelece com sua paciente, pois numa visão psicossomática os sintomas como vômitos, náuseas, voracidade entre outros que surgem durante a gravidez podem ser compreendidos como forma de expressão justamente do conflito envolvido entre a aceitação e rejeição da gravidez presentes na ambivalência própria desse momento.

Se a gestante puder aceitar seus desejos, torná-los conscientes e permitir-se amar e odiar seu filho ao mesmo tempo, irá se sentir mais tranquila para viver plenamente esse momento da sua vida. Certamente a compreensão da ambivalência na gestação por parte da obstetra facilita a aceitação da mulher sobre seus sentimentos existentes nesse momento.

4.2 Nascimento como trauma

A mulher sente ambivalência no momento do parto, em relação ao desejo e à angústia em deixar seu filho sair, separar-se dele, perdê-lo.

Do ponto de vista do bebê, Szejer e Stewart (1997) mostram que para a criança também há o desejo de continuar ali, em um ambiente protegido e o desejo de sair para viver.

“O nascimento representou sempre um acontecimento extremamente importante, algumas vezes crucial” (PIONTELLI, 1995, p. 237).

Rank (1972) foi o primeiro autor a descrever o nascimento como traumático. Para ele, esse momento é determinante para o resto da vida, e a partir dele seria constituído o núcleo do inconsciente.

Boadella (1992), afirma que o nascimento é considerado momento dramático que pode determinar características profundas da personalidade das pessoas, e que pode ou não se tornar um trauma, dependendo das condições do momento e da atitude dos participantes. Um parto doloroso para a mãe, provavelmente, causará grande desgaste no bebê.

Winnicott (1999 b) também já afirmava isso em “O bebê e suas mães”:

“A psicanálise vem mostrando gradualmente que mesmo o processo de nascimento não passa despercebido pelo bebê, e que, do seu ponto de vista pode haver um parto normal ou anormal. É possível que cada pormenor do parto (da maneira que este é percebido pela criança) fique registrado em sua mente, e isso normalmente se evidencia no prazer que as pessoas sentem com jogos que simbolizam vários fenômenos que foram vivenciados pelo bebê- virar-se, cair, sensações que dizem respeito à passagem de um meio líquido para um território seco, de uma temperatura constante para o ajustamento obrigatório a mudanças de temperatura, de suprimentos de oxigênio e de alimento através do cordão umbilical para a dependência de seus próprios esforços para a obtenção de ar e alimento.” (p.64)

Já em 1926, Freud apontava que o nascimento pode ser compreendido como a primeira experiência de ansiedade do indivíduo, equiparada à castração da mãe, porém salienta que esse momento não pode ser vivenciado subjetivamente, já que o bebê não consegue reter mais do que sensações relacionadas com o processo do nascimento.

“ A passagem do útero para o mundo confronta o recém nascido com suas necessidades fisiológicas, que não podem mais ser automaticamente satisfeitas pelo corpo materno, e com o desconforto decorrente dessa condição. O desamparo, marca dessa experiência, submete o bebê à dependência de um outro humano que possa lhe propiciar os elementos necessários à satisfação das exigências oriundas de seu corpo.” (VOLICH, 2002 p.142)

Até aqui, foi possível perceber a importância que os psicanalistas atribuem à experiência do nascimento. Para eles, essa primeira experiência fora do útero seria uma preparação para todas as outras experiências que estão por vir. Não encontramos autores que discutem essa questão em relação ao tipo de parto. Um parto vaginal seria mais traumático do ponto de vista simbólico para a criança? Uma cesariana seria capaz de prevenir essa vivência dolorosa e às vezes até traumática? Haveria um nascimento tido como ideal do ponto de vista psíquico que não deixasse marcas traumáticas para o bebê?

Wilheim (1997) aponta que a crescente prática de terapias regressivas tem fornecido evidências da existência de registros mnêmicos de experiências traumáticas ocorridas no nascimento.

Szejer (1999) afirma que a família, muitas vezes, não percebe que o bebê tem registros de seu próprio nascimento e que esses segredos de família constituem um buraco na trama que nenhum remendo consegue tapar. Isso é constitutivo de toda família e nenhuma escapa. Porém, nem por isso todos enlouquecem, porque sempre podemos recorrer imaginariamente, mesmo de forma deformada, às histórias de nossos ascendentes, às fundações da nossa linhagem.

Assim, a autora sugere que todas as pessoas precisam dar um início para a própria história, e mesmo sem todos os dados do próprio nascimento, podemos utilizar de fantasias para preencher essas lacunas.

Complementando essa idéia, Dolto (1984) afirma que ao nascer, o bebê perde a referência das percepções conhecidas e percebe novas coisas, e esta grande mudança constitui o trauma do nascimento. Este momento gera marcas de angústia

mais ou menos memorizadas, a partir de sua primeira sensação de asfixia associada ao final do momento aquático quente para a passagem ao mundo aéreo e sujeito à força da gravidade.

Dias (2003) aponta que entre as típicas características da verdadeira memória do nascimento está o sentimento de estar nas garras de alguma coisa exterior, que dá ao recém nascido a sensação de completo desamparo, devido à percepção de que se está experimentando alguma coisa nova e que não se sabe quando e em que momento isso vai terminar.

Para Piontelli (1995), a partir de suas observações de bebês antes e após o nascimento, parece pouco provável que as crianças se recordem de suas experiências pré natal e de seu nascimento, porém essas experiências são constantemente revividas e reelaboradas à medida que elas se desenvolvem.

A partir dessas idéias, podemos reconhecer a importância de se conhecer como ocorreu seu nascimento, de forma que cada um possa receber nomeação verbal para a experiência que vivenciou no corpo ao nascer.

Dessa forma, o que foi vivido apenas no corpo, devido à insuficiência do psiquismo, pode agora ser representado mentalmente, e assim, conseqüentemente, passível de elaboração.

Szejer e Stewart (1997) no livro “Nove meses na vida da mulher” apresentam a teoria de que a criança desencadeia o trabalho de parto, e isso relativiza a idéia de que o nascimento seria um momento traumático; porém é necessário salientar, de acordo com os autores, que a forma como o bebê é acolhido após o nascimento (luz excessiva, palmadas) pode representar uma vivência desagradável.

Maldonado (1997) cita que alguns autores consideram a gravidez como uma experiência puramente regressiva, tanto em relação ao bem estar enquanto em relação à necessidade de proteção, o que indica uma identificação da mulher grávida com o feto. Para a autora, fica evidente que a regressão, nesse momento, não tem, necessariamente, conotação patológica, fazendo parte do processo de desenvolvimento normal da mulher.

Soifer (1980) afirma que durante o momento do parto a mulher revive inconscientemente a angústia sofrida durante sua própria passagem pelo canal de parto, ou seja, irrompe nela a angústia do trauma do nascimento.

Szejer e Stewart (1997), acrescentam que no momento do parto, em que a mulher se separa do filho, reatualiza nela suas experiências anteriores de separação, como lutos e abandonos.

“... Diversos autores psicanalistas coincidem atualmente na opinião de que o motor básico da ansiedade do parto é o trauma do nascimento, vivido como a ansiedade de separação(...). Pode-se deduzir perfeitamente, por exemplo, como foi o nascimento da futura avó ou do pai ,etc. conforme a conduta que adotam no primeiro contato com o obstetra” (SOIFER, 1980 p. 53).

É evidente, como afirma Maldonado (1997) que nomear a gravidez como momento de crise não quer dizer que esse período crítico termine com o parto. Na verdade, grande parte das mudanças ocorrem depois do parto, quando a mulher e a família tem que se adaptar à nova criança.

A discussão sobre o trauma do nascimento começou com Rank (1972) e continua existindo até os dias atuais. Porém há consenso de que o nascimento deixa registros, e que essas vivências seguem influenciando a vida das pessoas, principalmente, na revivência do próprio nascimento diante de um novo nascimento na família.

Assim, se a equipe que acompanha a parturiente sem reconhecer que naquele momento a mulher se encontra regredida e revivendo a angústia sentida ao nascer, poderá acolher sua dor e seu desamparo.

4.3 Identidade feminina

Para pensar em assumir o papel de mãe, necessariamente a gestante já deve ter sido filha e mulher, e por isso é tão importante compreender como esses modelos foram formados ao longo da vida para que finalmente alguém possa tornar-se mãe.

“Para toda mulher, há sempre três mulheres” (WINNICOTT, 1999 a, p. 193). O bebê do sexo feminino, a mãe e a mãe da mãe. Independente se a mulher tenha bebês ou não, ela já está inscrita nessa linhagem infinita. Ela é bebê, mãe e avó. A mulher já começa sendo três.

A mulher que está prestes a dar à luz, reúne nela todas as mulheres arcaicas contidas em sua história. Primeiramente é a futura mãe que está lá, mas de acordo com sua história, todas as filhas e todas as mães que ela foi, em toda a sua existência, estão ali presentes no seu inconsciente, reunidas nessa ocasião. Pode-

se reconhecer a menininha que está identificada com sua mãe, que sonhava em oferecer um filho ao seu pai; a adolescente que é arrebatada pelas forças de suas primeiras experiências sexuais, e a mulher em quem essa dor surge do fundo de suas entranhas, despertando inesperada surpresa. Cada mulher que está em trabalho de parto está dando a luz a si mesma, e isso pode ocorrer na dor ou num tipo de prazer dessa mulher desconhecida que aparece então, e sobre a qual todos se enganaram, inclusive ela própria (SZEJER e STEWART, 1997).

Rzezinski e Cord (1997) acrescentam que nesses momentos importantes do ciclo biológico da mulher, a qualidade da relação mãe- filha é elemento fundamental, pois com adequada identificação com a própria mãe, a mulher sentirá mais segurança no enfrentamento dessas experiências.

Mccallum e Reis (2006) compartilham da mesma opinião afirmando que a relação mãe- filha é de grande importância para a parturiente durante o nascimento de seu bebê.

“Assim, retomando a perspectiva freudiana mais uma vez, lembramos que a complexidade no processo de aquisição da identidade feminina deve-se, entre outras coisas, ao fato de que a menina tem que transferir o seu apego libidinal em relação a sua mãe – o seu primeiro objeto de amor – para o pai, mas mantendo a identificação com a mãe. A relação amorosa primária e de identificação entre mãe e filha é marcada por um poderoso vínculo que, pela sua intensidade, só pode ser desfeito num primeiro momento, através do ódio e da hostilidade. O ódio e a hostilidade, resultantes da inveja do pênis, levam a menina a transferir o vínculo amoroso com sua mãe para seu pai. Esta transferência é uma das condições para que a mulher tenha acesso à feminilidade” (MARKUSCHOWER, 1995 p. 83)

Aumentando ainda mais a importância dessa relação, Rzezinski e Cord (1997) salientam que a relação da mãe com a filha é essencial quando se observa a mulher em suas difíceis etapas do ciclo biológico, como a menarca, a defloração, gravidez, eventuais abortos, parto, puerpério, aleitamento, menopausa... Assim, uma boa identificação com uma mãe adequada fornecerá à mulher mais segurança no enfrentamento dessas vivências.

“... lutos, casamentos, nascimentos, assim como separações e aposentadorias. São eventos que modificam e até revolucionam a ordem estabelecida, sendo susceptíveis de reavivar feridas antigas e de re-atualizar problemas não-resolvidos. A gravidez, por definição, faz parte desses eventos. Porque, o abrir espaço para uma nova pessoa na família, o lugar de cada um será levemente modificado e, conforme a história pessoal de uns e de outros, cada um se sentirá

mais ou menos profundamente tocado e recolocado em questão, reagindo conseqüentemente” (SZEJER e STEWART, 1997 p.38).

A mulher pode sentir medo de engravidar e ter um bebê, pelas conseqüências do ponto de vista psíquico que uma gravidez pode acarretar. Este momento obriga a mulher a reviver antigos conflitos e angústias que foram vivenciados na relação com sua mãe, o que pode acarretar intenso sofrimento, dependendo do nível de ansiedade envolvido nessa relação como aponta Rossi (1996).

“Determinada mulher, que permanece inconscientemente a filhinha de sua mãe, pode se sentir em posição de rivalidade em relação a esse bebê, até que esteja em condições de assumir seu papel de mãe. Outra, enfim, fica impossibilitada de reconhecer a alteridade de seu filho, o que não deixa de ter conseqüências sobre o desenvolvimento ulterior dele” (SZEJER e STEWART, 1997 p. 293)

Navajas Filho (1997 a) complementa ainda: “Se tivermos uma paciente com intensos conflitos na relação mãe- filha, haverá comprometimento da sua identidade por fantasias, dependências, medos, ódios mal elaborados e culpa decorrente” (p. 12).

A crise de identidade é mais amplamente reconhecível quando envolve conflitos de ordem psicossocial. Na primigestação, podemos entender os conflitos da mudança de papel da filha para a condição de mãe (DELLA NINA, 1997).

Até agora vimos como a maternidade da mulher está ligada à relação com sua mãe e as figuras de identificação que lhe serviram de exemplo. Podemos pensar, que em nome dessa continuidade, a maternidade se faz tão importante para caracterizar o feminino.

Para Winnicott (1999 a) as mulheres aceitam enfrentar o risco do parto em virtude de sua identificação com as mulheres de seu próprio passado, presente e futuro, numa tentativa de continuar existindo após a morte.

Nas palavras de Bezerra e Cardoso (2006 p. 417):

“O parto sempre foi cercado de mitos e crenças e, para mistificá-lo mais ainda, a Bíblia Sagrada menciona que as dores do parto são como castigo que a mulher deve sofrer por ter cometido o pecado original, expressando, assim, algo que é a realidade psíquica, tanto para a mulher crente como para a atéia: que seu filho é fruto do pecado e dar à luz a faz merecedora do castigo.”

Os medos ou fobias comuns na gestação estão profundamente enraizados, principalmente ligados à história da mulher, ao modo como sua mãe relatou a ela

seu próprio nascimento, a esta gravidez, ao seu lugar, à história do casal, ao que ela espera desse filho: que reparações ela espera conseguir fazer com ele e o que ela espera valorizar através dele (SZEJER e STEWART, 1997).

Por isso, é importante que haja identificação positiva com a figura materna, pois é, basicamente, a partir desse modelo que ela conseguirá obter o suporte necessário para recuperar as experiências conflituosas primitivas revividas neste momento (ROSSI, 1996).

Maldonado (1997) aponta que os temores de autopunição estão ligados diretamente aos sentimentos de culpa da mulher grávida, tanto em relação aos conflitos com a mãe quanto em relação à masturbação, e em nível mais profundos apontam para sentimentos ambivalentes em relação à sexualidade.

Complementando, Rossi (1996) afirma que a forma como a mãe da gestante cuidou da filha, suportou suas angústias, foi capaz de significar seus sentimentos, conteve seus choros inexplicáveis, enfim, a maneira como ela própria recebeu tais cuidados será determinante para que a gestante encontre recursos internos para exercer a maternidade.

Navajas Filho (1997 b) salienta a importância da identidade feminina bem formada para uma gravidez tranqüila afirmando: “Uma identidade feminina malformada, com muitas áreas de conflito não elaborados com relação à figura materna (sua referência de identificação), pode vir a se expressar em determinado paciente por exemplo em uma distócia funcional...” (p. 10).

Sabe-se como aponta Sete (1991), que grande parte dos problemas psiquiátricos que ocorrem no puerpério são decorrência da falta de modelo adequado de mãe. Essas mulheres por algum motivo, descartam as próprias mães como modelo.

As representações mentais e as fantasias que a mulher faz de si mesma enquanto mãe em relação a seu filho influenciam o modelo de vínculo que ela irá formar com a criança. Maldonado (1997) relata ainda um estudo de Ammaniti (1991) que fez entrevistas com mulheres grávidas e, posteriormente, avaliou a interação dessas com seus filhos depois do primeiro ano de vida do bebê. Os resultados obtidos indicam que existe influência das fantasias da gravidez na formação subsequente da relação da mãe com seu filho.

Françoise Dolto (1984) mostra que em consequência de um luto ou de um trauma emocional muito violento durante a gravidez, a mulher poderia perder completamente a ligação com seu filho e esquecer, literalmente e de forma muito profunda que está grávida. Essa ruptura tem um sentido, e pode até gerar um filho psicótico. Porque o laço entre a mãe e o filho não é apenas de amor como se ouve muitas vezes. E não se restringe à ordem dos aspectos afetivos, mas é também de ordem simbólica, da linguagem e do saber. Assim, o filho que ainda não nasceu já tem uma longa história anterior.

Em síntese pode-se afirmar que a identidade feminina se forma ao longo do tempo, desde que a menina nasce, e entra em contato com a mãe, no início, de forma parcial, e posteriormente de modo integrado. Se há uma identidade feminina bem formada, sem muitas áreas de conflito, isso aparecerá na área obstétrica como uma gravidez harmoniosa, sem grandes consequências funcionais. Se ocorrem problemas nessa relação, é possível que a mulher sofra ao assumir sua função na maternidade.

5. Compreendendo o sentido do sintoma somático

Para compreender o que se passa com a mulher que está prestes a dar a luz, buscamos através dos estudiosos da psicossomática, apreender de que forma o corpo passa a ser local de expressão de conflitos onde as palavras não foram suficientes.

Freud (1923 p.287) afirma: “ A psicanálise nunca pretendeu ser uma panacéia ou produzir milagres. Para além de seus efeitos de cura, ela pode recompensar os médicos através de uma compreensão insuspeitada sobre as relações entre o psíquico e o somático”.

“O corpo toma a frente, constituindo-se como fonte de sofrimento, de frustração, de insatisfação, de impedimento à potência fálico- narcísica. De veículo ou meio de satisfação pulsional, o corpo passa a ser também veículo ou meio de expressão da dor e do sofrimento que parece encontrar dificuldade para se manifestar em termos psíquicos” (FERNANDES, 2003 p. 17)

Uma mulher pode sentir, pensar e responsabilizar-se por sua gravidez mantendo profundo contato com seus sentimentos, sensações e reações espontâneas, como afirma Rodrigues (2008); ou pode não tolerar certas mudanças do estado gestacional e passar a gravidez inteira controlando os sintomas, ou na pior das hipóteses, lutando contra eles.

Na opinião de Wilhelm, (1997), nos pontos de registros traumáticos pré natais é que se encontram as raízes de determinadas psicopatologias, bem como de afecções psicossomáticas.

Volich (2002) complementa afirmando que diante da ameaça de abandono vivenciada pelo bebê, ele abandona o mundo real e se retrai narcisicamente, investindo a libido no próprio corpo. De certa forma podemos pensar que houve uma falha de recurso transicional.

Assim, sentimentos de introspecção, preocupação, medos, planos, medo de fazer planos, sonhos, sensações nunca antes vividas em um universo repleto de sentimentos desconhecidos transbordam somaticamente em enjôos, dores de cabeça, sonolência, prisão de ventre entre outros (RODRIGUES, 2008).

Szejer e Stewart (1997) acrescentam que os sintomas corporais apresentados durante a gravidez não emergem do nada. Geralmente atribui-se como causa exclusiva aos hormônios, porém, na opinião dos autores, cada mulher tem seus

hormônios os quais desencadeiam sintomas diferentes entre as mulheres e até mesmo em uma mesma mulher em gestações diferentes. Isso excluiria a hipótese de que os sintomas poderiam ser explicados unicamente pelo lado biológico, orgânico; e salienta: "... há uma outra maneira de apreender essas diferenças: procurar ligar o sintoma ao contexto pessoal e familiar no qual essa mulher os expressa" (p.38) .

Freud (1893) aponta que uma experiência do corpo não necessariamente corresponde à representação anatômica desse corpo.

O corpo em questão é o corpo psicanalítico, que encontra seu lugar não apenas na anatomia e fisiologia objetivas, mas também em uma anatomia própria, singular. Essa anatomia é construída a partir das fantasias de cada mulher. O corpo passa a ser portador de múltiplos sentidos e significações em função dessas fantasias. Isso faz dele um corpo inscrito na linguagem, e assim possível para a compreensão psicanalítica (FERNANDES, 2003).

Os conflitos experimentados pela mulher na gravidez têm o poder de fazer surgir determinados padrões psicopatológicos, psicossomáticos e de comportamento, num movimento regido por repetição compulsiva e que somente pode ser eliminada após a identificação e verbalização do sintoma (WILHEIM, 1997).

Complementando, Rodrigues (2008) afirma que combater o sintoma somático é impossibilitar a mulher de entender o que o corpo estava tentando dizer.

"O essencial, para as mulheres, é compreender que as fobias e os desejos a elas relacionados não são manhas nem caprichos, mas têm um sentido para elas e que elas podem até tentar fazer com que a equipe que se ocupa delas entenda isso. Se nada for dito, a equipe não terá acesso a esses sentimentos pessoais" (SZEJER e STEWART, 1997 p. 206).

Muitas vezes, os temores da gravidez podem se expressar através de sonhos e fantasias conscientes antes e após o parto.

É comum que aconteça situações onde a mulher se queixa de um determinado sintoma e do ponto de vista médico nada é encontrado que justifique essa queixa. Se a medicina não detecta nenhuma anomalia, é porque desconsidera que a estranheza e a preocupação referem-se a outras dimensões erógena e relacional (VOLICH, 2002).

Maldonado (1997) afirma que é comum sonhar nesse período com o parto, com o bebê e com as alterações do esquema corporal. As expectativas em relação a si própria como mãe e em relação ao bebê são temas também usualmente expresso em sonhos.

Freud (1900) em “A interpretação dos sonhos” sustenta que no estado onírico há uma percepção mais apurada e uma representação do funcionamento corporal diferente do estado de vigília, inclusive até mais preciso.

Partindo dessa consideração, temos que estar atentos à percepção corporal apresentada no sonho, pois possivelmente serão encontrados sinais do que se passa no corpo da mulher grávida.

Volich (2002) explica que assim como na doença orgânica, no sonho os investimentos libidinais são retirados do mundo e voltados narcisicamente para o ego.

Ocariz (2002) salienta que “um bebê existe antes de nascer. Ele está na fantasia dos futuros pais, ocupa um espaço na vida dos pais e na sociedade ainda no ventre da mãe” (p.279).

Szejer (1999) é da mesma opinião, pois afirma que o recém nascido “já nasceu antes de nascer, mais precisamente que sua vida começou cerca de nove meses antes, que ele sabe à sua maneira, e que isso é portador de sentido para ele desde o primeiro dia”(p. 55)

Maldonado (1997) aponta para o estudo de Winget e Kapp (1972) que sugere que as mulheres cujos sonhos contém temas de ansiedade e sentimentos negativos estão tentando enfrentar de antemão a crise do parto sem recorrer maciçamente a mecanismos de repressão e negação da ansiedade. Já para outras mulheres, a antecipação da vivência do parto é tão traumática que impede a expressão simbólica nos sonhos. Assim quando o parto se desencadeia, a falta de preparo psicológico se evidencia pelo aumento exagerado de ansiedade e, consequentemente, anormalidades nos níveis de catecolaminas no sangue.

Podemos compreender, até aqui, que sonhar é uma forma de prevenir que as angústias vividas na gravidez sejam expressas através do corpo, seja em forma de alterações do funcionamento somático ou mesmo como uma dor física.

Marty e M'Uzan (1994) apontam que a fantasia tem o mesmo valor funcional do sonho, na medida em que simboliza as tensões pulsionais. Esses autores,

assim como outros pertencentes à escola francesa de psicossomática, acreditam que essas manifestações fantasmáticas estão ausentes durante a somatização. Enquanto o corpo adoece, o pensamento do doente fica ligado apenas à materialidade dos fatos, preso ao presente e impossibilitado de se projetar no futuro ou voltar ao passado. O pensamento permanece ligado aos fatos concretos, sem associações.

Falhas no desenvolvimento ou experiências de vida traumáticas podem comprometer a estrutura e o funcionamento do aparelho psíquico, de forma duradoura ou temporária. As deficiências, sejam elas estruturais ou funcionais do aparelho psíquico levarão o sujeito a se utilizar de recursos mais rudimentares, como a motricidade ou as reações orgânicas como informa Volich (2000).

Assim, o processo onírico seria responsável por proteger o organismo ligando as forças que poderiam ser descarregadas através do soma.

Às vezes, em sonhos, surge a imagem do bebê crescido, como uma imagem idealizada de ver a criança numa idade avançada em que ela já senta, ri e come, evidenciando uma vivência antecipatória de que o nascimento transcorreu sem problemas e a sobrevivência está assegurada.

“Tais representações mentais constituem as simbolizações e sentimentos sobre a criança que vai nascer e sobre o futuro relacionamento entre a mãe e o bebê” (TRAD, 1997 p. 79).

Fernandes (2003) aponta que assim como o sonho é a realização de um desejo inconsciente, o corpo pode também se apresentar como cenário para manifestação desse desejo.

Freud (1909) afirmava que o sonho é a realização de um desejo inconsciente. Como foi visto anteriormente, o desejo existente na gestação é sempre ambivalente. Assim, podemos compreender que se a mulher não se permite vivenciar os aspectos negativos desse momento, eles podem se expressar através dos sonhos, ou então, através do medo de que algo de ruim aconteça.

“A linguagem tomará efeito sobre o corpo do sujeito e fará com ele apenas um, a ponto de levá-lo por vezes até as portas da morte. O inconsciente age sobre nós, não nos deixa em paz, nos impede de esquecer, enquanto não tivermos nos lembrado. Manifesta-se nos sonhos, nos lapsos, nos atos falhos, assim como nos sofrimentos do corpo. É o que nos inscreve diferentemente de cada um dos outros, o que faz por vezes de nossa vida outra coisa que o que teríamos desejado.” (MATHELIN, 1999 p.88)

Um trabalho de parto é desencadeado por forças internas tanto orgânicas quanto psíquicas, onde a consciência nem sempre permite que a mulher tenha o controle absoluto do que ocorre com seu corpo. O medo, compreendido como reação ao que é desconhecido, está presente em todas as parturientes, inclusive nas que já tiveram filhos anteriormente. Faz-se necessário conhecê-lo para acolher a mulher que se encontra permeada por esses sentimentos.

Do ponto de vista psicológico, o parto é o momento em que as expectativas e ansiedades que acompanharam a gestante durante nove meses tomam uma dimensão real, confirmando ou não as esperanças e medos que cercam o parto (LOPES et al, 2005).

Entre as fobias do parto estão: medo da dor, medo da anestesia, medo de que o bebê não esteja bem, medo de que o médico não seja encontrado na hora do parto, medo da separação, medo da data prevista para o parto, que o bebê seja prematuro, medo de não reconhecer os sinais de parto, medo de não saber, de não ter o controle, de não poder dar à luz, enfim, de não conseguir defrontar-se com esse obstáculo e superá-lo e ainda o medo das mudanças ocasionadas pelo nascimento de um bebê (SZEJER e STEWART, 1997; LOPES et al, 2005).

Os temores mais comuns na gravidez estão bastante associados às fantasias que surgem nesse período. Maldonado (1997) identifica que os temas têm caráter auto-punitivo: o medo de morrer no parto, de ficar com a vagina alargada para sempre, de ficar com os órgãos genitais dilacerados pelo parto, de não ter leite suficiente ou ter leite fraco (geralmente simbolizando sentimentos de inadequação e desvalorização como mãe), de ficar “presa” e ter que alterar a rotina, etc.

Essa auto-punição está ligada à rejeição, consciente ou inconsciente fruto da ambivalência gestacional.

Complementando, Sete (1991), aponta que o temor ao parto tem origem inconsciente e se manifesta a partir da culpa da gestante por ela ter supostamente roubado o filho de sua própria mãe.

Porém, Soifer (1980) aponta que quando a mulher engravida, é porque a tendência para a maternidade superou o medo de ter filhos. Assim, a autora reconhece que esse terror continuará existindo, mas com características atenuadas devido ao desejo de ser mãe.

Bezerra e Cardoso (2006) perceberam em sua pesquisa de nível de satisfação em relação ao parto, que o sentimento de medo impede as mulheres de vivenciarem plenamente o processo do parto.

Se o medo puder ser expresso, verbalizado, sonhado ou até chorado, torna-se mais leve a angústia vivida pela mulher nesse momento.

Levando em conta, principalmente, possibilitar à mulher vivenciar plenamente esse momento de sua vida, procuraremos decifrar as principais angústias expressas através dos medos.

Dolto (1996) afirma que o medo da morte do ser humano está sempre ligado ao risco que cada um vivenciou no instante do nascimento, mostrando como vida e morte estão ligadas.

Pode-se pensar que o medo advém do significado do parto: a separação concreta da mãe e do bebê, e que, para muitas mulheres isso é vivido como mutilação, agressão ao próprio corpo. Nesta separação, a gestante tem que abdicar de suas fantasias narcísicas em relação ao filho, e por isso o medo da morte está muito presente, já que a mãe tem que elaborar o luto pela morte do bebê imaginário para cuidar de um novo filho, fora de sua barriga e diferente dela por ter um caráter único e individual (ROSSI, 1996).

“Nos primeiros recalques, o desejo insatisfeito vincula-se certamente à angústia do nascimento: ausência radical de um interior produtor de vida. O dentro de si permanece tão vazio quanto o fora após a vida uterina, confundidos um no outro. Prova fundamental e precoce da morte. Vida evacuada no desespero enlouquecedor de não poder existir, os excrementos investidos na sensação de deixar escapar um pouco da própria densidade interior” (ANZIEU, 1992 p.12)

Soifer (1980) nos mostra que muitas mulheres sentem o peso da responsabilidade, que se une à noção de dar vida, que geneticamente significa ceder parte da própria vida. Assim, ceder a vida pode ser representado pelo medo de morrer no parto.

É possível perceber mais uma vez como vida e morte são duas forças que constantemente disputam espaço dentro do inconsciente de todas as pessoas, inclusive da mulher que se encontra gestando uma nova vida.

Há ainda o medo da anestesia, já que de acordo com Szejer e Stewart (1997), algumas mulheres se sentem apreensivas com a peridural, e isso

geralmente expressa um temor de não viver o parto de forma natural e ter essa experiência roubada, não passando pelo mesmo que suas mães e avós.

“Porque uma mulher que dá à luz se inscreve numa linhagem e aceitar a peridural é fazer uma falsa inscrição na tradição das mulheres de sua família” (p. 206).

Para as mulheres que tem possibilidade de escolha, a opção e insistência pelo uso de anestesia pode servir para escapar de um sofrimento que elas sentem como impossível de suportar.

Szejer e Stewart (1997) indicam também que a fobia de ter um filho anormal mostra o quanto a mente da mãe está ocupada em antecipar o momento do parto, uma vez que este momento irá chegar inexoravelmente.

Esse temor confirmaria a punição de transgressão edipiana, principalmente para as mulheres cuja maior problemática está ligada a reativação do conflito edípico, conforme aponta Debray (1988).

O temor de ter um filho malformado costuma ser particularmente muito mais intenso nas mulheres que já provocaram aborto, como afirma Langer, (1981); pois a culpa, geralmente, se manifesta como castigo na fantasia dessas mulheres de ter um filho com problemas.

Assim, podemos perceber que esse medo se apresenta como mecanismo de defesa do ego através de projeções de conteúdos internos sobre a criança que está para nascer.

Um outro medo muito comum é o medo da dor do parto. A dor é um fenômeno sensorial, porém o medo e a ansiedade podem aumentar a percepção de sua intensidade (MALDONADO, 1997).

Freud (1923) afirma que a dor é a maneira pela qual temos conhecimento sobre os nossos órgãos, e assim podemos chegar a uma ideia geral d nosso corpo. Para ele o ego é, antes de tudo, um ego corporal e não simplesmente uma superfície, mas uma projeção da superfície.

O fenômeno doloroso, segundo Szejer e Stewart (1997), com a forma como as mulheres foram preparadas para o momento do parto, mas não somente isso. Quando a dor aparece, a história de cada uma entra em jogo e influencia fortemente sua percepção do que está ocorrendo com seu corpo.

Como afirmam Lopes et al (2006), o medo da dor também estaria ligado ao medo da morte. A dor do parto é reflexo da contração uterina para que o bebê possa nascer. E o neonato justifica e recompensa a mãe por todo sofrimento.

Muitos autores discutem a relação existente entre o binômio dor e prazer.

Boadella (1992) aponta que o prazer está associado ao parto, de tal forma que o nascimento, para esse autor, pode ser vivido como um orgasmo.

“Se levo em consideração, como se deve, a vivência das mulheres, a experiência clínica prova facilmente que as dores físicas da defloração e da parturição raramente são fontes de prazer. Mas se a integração das fantasias persecutórias precoces se realizou normalmente, essas dores são espontâneas e rapidamente esquecidas para dar lugar à parte de prazer permitido pelo ato sexual e pela vida de um bebê” (ANZIEU, 1992 p. 43)

Para McCallum e Reis (2006), a dor está vinculada à descoberta da significação da maternidade, e conduz a parturiente a reconhecer a força do laço maternal. Ao lembrar de sua mãe, no momento crucial do parto, a mulher relaciona seu sacrifício por seu filho com aquele que recebeu da própria mãe.

“A sensação de ser cuidada e encontrar-se adequadamente protegida acrescenta-se à vivência de prêmio, favorecendo na parturiente a regressão. Trata-se de um mecanismo útil, que a leva, por um lado, a identificar-se com o feto, enquanto que por outro, a faz sentir-se consubstanciada com a mecânica uterina, sentida como correspondente a um ato volitivo. Evidentemente estamos nos referindo à mulher preparada, que conseguiu elaborar sua ansiedade por si mesma e com a ajuda de profissionais. Quando não é esta situação ou quando a preparação não conseguiu a conveniente tranquilização das ansiedades, o quadro torna-se bastante dramático, com vivências terroríficas em que a paciente se vê como vítima de um processo incontrolável. Nesses casos, é insistente o pedido de alívio por anestesia, indução, intervenção etc (SOIFER, 1980 p. 55).

Rodrigues (2008) salienta que é fundamental que a mulher compreenda que ao perceber-se grávida, não lhe cabe esperar que alguém venha para salvá-la. O papel da mãe é agora seu. Quando a gestante se vê no meio do palco, colocar para fora de si alguém que gerou, formou, alimentou e agora encontra-se pronto para vir ao mundo causa uma forte dor emocional. Se ela consegue sentir seu corpo, relaxar, entregar-se às próprias sensações, aí sim entra em trabalho de parto.

Quando o médico aceita de imediato o pedido da parturiente por uma cesariana, não está lhe oferecendo a melhor ajuda, pois não lhe dá a oportunidade de examinar, elaborar e eventualmente superar as fontes de medo, que geralmente

são disfarçadas pela racionalização como aponta Maldonado (1997).

Podemos pensar que a solicitação por uma cesárea assume, também, uma tentativa racional do ego de manter-se alheio desse momento, que para ele aparenta ser impossível de suportar.

Rodrigues (2008) afirma que o medo da mulher pode chegar a tal ponto durante a gestação que pode se tornar paralizante. Isso explica muitos casos de bebês que passam do tempo de nascer sem que a mãe entre em trabalho de parto. Em alguns casos, há a necessidade de induzir o parto.

Há situações ainda que apesar da indução, são necessárias muitas horas para o trabalho de parto realmente começar. Szejer e Stewart(1997), apontam que, por meio de sua experiência, os partos induzidos são vividos de forma menos satisfatória do que os partos espontâneos, justamente pela quantidade de tempo que demandam.

Uma reação também comum a esse medo é o chamado falso alarme, onde a gestante sente contrações que são percebidas como mais acentuadas. Isso se deve a um estado extremo de ansiedade e que, conseqüentemente, gera contratura muscular (SOIFER, 1980). Em geral, esse falso alarme permite a liberação da ansiedade e constitui-se como um ensaio de que necessitaria à mulher antever a maneira como deve se comportar no momento de ir para o hospital.

Algumas mulheres, sentem também, medo de deformar seus corpos com a gravidez.

Maldonado (1997) aponta que a preocupação de não voltar à forma antiga, de ficar permanentemente alargada e flácida depois do parto relaciona-se com o medo de se modificar enquanto pessoa pela experiência da maternidade, de não recuperar sua antiga identidade e transformar-se em uma outra pessoa.

Quase sempre, há o temor de danificar os genitais devido ao corte da episiotomia, e isso está relacionado com as antigas fantasias infantis de ataque sádico aos órgãos genitais. A fantasia de castração, sempre presente, também se exprime no temor à episiotomia, que provoca o estado de alerta da parturiente em relação a tudo o que acontece na sala de parto. Embora esse procedimento não seja percebido no momento em que é realizado, Soifer (1980) afirma, que é vivido inconscientemente como uma castração.

Como mostra Langer (1981) a mulher que teme ser destruída pelo feto

experimenta o parto como experiência perigosa planejada pela própria mãe e essa experiência transforma-se em castigo, o que acarreta nela um enorme sentimento de culpa.

Por outro lado, é interessante compreender que o parto pode trazer para a mulher o reassseguramento de que nada em seu interior foi danificado, os objetos bons não foram destruídos (SETE, 1991). O nascimento do bebê vem para apaziguar as fantasias em relação à própria hostilidade, diminuindo as angústias persecutórias.

Não podemos deixar de lembrar também do aspecto social que envolve esse medo, já que nos dias de hoje, cada vez mais o conceito de beleza é permeado pela cobrança de um corpo magro, sem estrias e em plena forma. Daí também surge a preocupação da mulher com sua forma física.

O parto é vivido como uma situação de passagem de um estado a outro, cuja principal característica é a irreversibilidade. Trata-se de uma situação que precisa ser enfrentada de qualquer forma (MALDONADO, 1997).

O aumento da ansiedade é causado pela incapacidade de saber, exatamente, como e quando vai se desenrolar o parto, o que impossibilita a mulher de controlar o processo. Portanto, o parto é um momento imprevisível e desconhecido do qual não se tem o controle.

Há também a sensação de que a mulher não vai conseguir agüentar o trabalho de parto e de imaginar que vivenciá-lo seria algo maior do que poderia suportar. Essa sensação costuma ser associada à idéia de ser ainda uma garotinha que precisa ser “poupada”. É a partir daí que ela pode transferir seu poder de dar a luz para o médico, que tomará conta de tudo.

Portanto, algumas mulheres preferem entregar o controle nas mãos de outra pessoa para não sentir o desamparo diante de uma situação imprevisível.

A ameaça de parto prematuro, muitas vezes, leva a gestante a uma internação hospitalar precipitada. E ser hospitalizada significa ficar em ambiente protegido, mas também exige deixar o próprio lar e ser liberada das responsabilidades que estão relacionadas a ele (SZEJER e STEWART, 1997).

Seria como voltar à casa da própria mãe, ser cuidada, enfim, voltar a ser criança. Mais uma prova da regressão à um momento anterior de desenvolvimento psíquico.

“As mães têm medo de suas pulsões mortíferas e o hospital, função paterna, mediador, pode vir protegê-las disso. Ela vem garantir à mãe que o filho, num primeiro tempo, viverá apesar dela, o que atenua sua culpa” (MATHELIN, 1999 p. 29) .

Há inúmeras hipóteses psicológicas possíveis para compreender o que acontece com o bebê que nasce prematuramente.

Para as mulheres que têm muitos filhos, a ameaça de parto prematuro pode ser uma forma de descanso, uma necessidade de repouso e de cuidados (TEDESCO, 1997 a).

Bartilotti (1997) sugere que o parto prematuro ocorre com mais frequência em mulheres que não haviam planejado conscientemente a gestação. Isso denotaria a ambivalência da aceitação/rejeição presente na situação em si.

Se a ambivalência está presente durante todo o tempo de gravidez, o nascimento sem problema renarcisa a mãe pois oferece a ela um bebê saudável que a deixa tranquila e grata, porém quando o nascimento é precipitado e acontece na urgência, raramente há tempo para que o médico tranquilize a mãe, pois o bebê está realmente em perigo; aí sim o fantasma se transforma em realidade em perigo; aí sim o fantasma se transforma em realidade e surge o trauma (MATHELIN, 1999).

De acordo com Trad (1997), os pensamentos que a mulher tem sobre as ameaças que rondam o nascimento do filho e sobre a separação podem desencadear sentimentos de perda e abandono. A verbalização dessas fantasias necessita que o terapeuta possa ajudar a elaborar a representação da mãe, e como consequência pode melhorar a relação com o bebê que vai nascer.

Podemos perceber a importância do acompanhamento emocional para a gestante, inclusive prevenindo complicações e amenizando os medos desse período.

Uma outra situação que pode acontecer com a gestante é quando uma mulher que está grávida afirma não sentir nada, não temer nada, não sonhar nada, significa que neste momento dentro dela trava-se uma luta interna muito intensa (RODRIGUES, 2008).

Marty (1994) chama esse quadro de depressão essencial.

Essa luta acontece, principalmente, entre o desejo de ver seu bebê, conhecê-lo fora do útero e os medos que a mulher sente quando está prestes a dar à luz. Se o medo for maior, os mecanismos de defesa serão mobilizados para proteger a mulher de passar por esse sofrimento, e então ocorre a negação psíquica dos sintomas somáticos.

O desencadeamento do parto tenderá a sofrer bloqueios, repetindo o que aconteceu durante a gravidez. Se a mulher não sente nada, não há o que ela possa fazer e então pode surgir a necessidade de uma intervenção cirúrgica.

Assim, ela entrega ao médico a responsabilidade de fazer nascer o próprio filho, para se preservar psiquicamente do sofrimento em separar-se do bebê.

Com bastante frequência, como vemos em Soifer (1980), a parturiente experimenta a sensação de haver deixado de perceber os movimentos do bebê. Do ponto de vista orgânico, isso pode ocorrer porque no período final da gravidez o feto se move menos, pois seu crescimento ultrapassou a capacidade de distensão do útero, tornando o espaço reduzido. Do ponto de vista psíquico, essa vivência é extremamente angustiante, pois a falta de percepção dos movimentos fetais é associada à morte da criança. A ansiedade da proximidade do parto produz embotamento da percepção, somado a um estado de contratura dos músculos pélvicos que imobiliza a criança.

Para Soifer (1980), em muitos casos pode ocorrer um mecanismo maniaco em que a mulher, apesar de grávida, aumenta a frequência de suas atividades e declara que nem se lembra de seu estado e nem pensa nele. Assim, o padecimento físico produz, através das condutas masoquistas, o alívio procurado diante das intensas vivências terroríficas deste período.

Em geral, a hiperatividade é uma espécie de fuga, cuja função é afastar a angústia tão presente nesse momento da vida da mulher. Quando a atividade diminui, a angústia pode aparecer e os velhos fantasmas ressurgem, como apontam Szejer e Stewart (1997).

A gravidez parece forçar a mulher e o marido a defrontar-se com velhas angústias e reconstruir sua história familiar. Esse pode ser um momento considerado de grande metamorfose íntima dos membros envolvidos no nascimento de mais um filho.

5.1 Sintomas mais comuns

Apresentam-se a seguir algumas manifestações somáticas mais freqüentes durante a gravidez e o trabalho de parto. São sintomas que servem como via de expressão de conflitos, e que podem ou não ser determinantes para decidir pelo tipo de parto que deverá ser realizado.

As ansiedades básicas dessa situação são estruturadas a partir da reativação da angústia do nascimento (SOIFER, 1980). As mais comuns são: de perda, de esvaziamento, de castração, de castigo pela sexualidade e de defrontação com o desconhecido, no caso o filho. A ansiedade de esvaziamento e a de perda, têm caráter depressivo, enquanto que o temor ao castigo, a ansiedade de castração e o medo do desconhecido prendem-se à uma raiz paranóide.

Cada vez que se avança nos estudos sobre a gravidez, mais surpresas são encontradas pela riqueza de sentidos presentes nesse conjunto de sinais, diferentemente distribuídos, mas igualmente compartilhados, e que estão presentes em toda gestação e em todo nascimento. Não há dúvida que esses sentidos só podem ser decodificados e compreendidos dentro do contexto próprio que constitui a história particular de cada pessoa (SZEJER e STEWART, 1997).

Alguns médicos mais tradicionais acreditam que os fenômenos somáticos apresentados durante esse período se devem, unicamente, à interferências hormonais. Porém, Leal (2004) mostra que existem exemplos clínicos que apontam que mães adotivas, portanto livres da carga hormonal, entram em um estado emocional semelhante ao das gestantes, inclusive apresentando sintomas físicos como náusea e aparecimento de leite quando o bebê está para chegar.

Assim, Volich (2002 p. 253) resume: “toda queixa é, sobretudo, uma tentativa, mesmo que primitiva, de comunicação e de representação; é uma possibilidade de resgate pela medicina da essência do sofrimento humano”.

Complementando, para Winnicott (1999 b) a psicanálise tem percebido que as anomalias da gravidez como sangramentos, abortos sucessivos, náusea e vômito do início da gravidez, inércia uterina primária, e outros inúmeros problemas de ordem física, geralmente podem ter um conflito correspondente na vida emocional inconsciente da paciente como parte de sua causa.

Uma das teorias mais populares a respeito das náuseas e vômitos, por exemplo é a que relaciona estes sintomas com a rejeição da gravidez. No entanto,

conforme aponta Maldonado (1997), outros estudos demonstram a importância etiológica de outros fatores, que não a rejeição. Essas pesquisas ainda se encontram em estágio inicial e apresentam pontos contraditórios, mas, em geral, concordam acerca da influência dos fatores bioquímicos, quando esses sintomas são moderados e dos fatores psicológicos, em casos de hiperemese gravídica.

Para Sete (1991), as náuseas e vômitos coincidem com a ansiedade gerada pela dúvida de estar ou não grávida. Geralmente, esses sintomas aparecem no primeiro trimestre da gravidez, onde as mudanças físicas ainda são pequenas; então essas manifestações legitimariam a veracidade da gestação.

Além disso, a grávida regride à infância através de identificação com o bebê e por isso recorre a mecanismos primitivos, tal como o lactente que rejeita o que lhe é desagradável ou nocivo, isto é, por meio dos vômitos e a diarreia (LANGER, 1981).

Fernandes (2006) afirma que também as questões relativas à alimentação estão sempre permeadas pela relação da filha com sua mãe, já que é a partir da experiência de oralidade presente na amamentação que a pessoa aprende a se relacionar com o mundo.

O inconsciente elege para seu protesto, o trato alimentício pela persistência das velhas teorias infantis com respeito à concepção (LANGER, 1981).

Uma outra causa possível, sugere a autora, é que as angústias da mulher nesse momento provêm de suas frustrações orais e de sua desconfiança e ressentimento oral frente à sua mãe.

Soifer (1980) entende que o aumento de apetite é uma defesa contra a ansiedade de esvaziamento. Geralmente esse sintoma acontece em mulheres que possuem intensa fixação e dependência à própria mãe; resultado de dramas reais de perda na infância.

Maldonado (1997) explica que existem mulheres que percebem seu bebê como um parasita, que suga sem cessar as reservas da mãe. Então, ela passa a comer, excessivamente, a fim de compensar as perdas.

Porém, essas manifestações requerem cuidado, pois Soifer (1980) mostra que quando as fantasias de esvaziamento ou perda de si mesma não são superados pelo desejo de dar à luz, podem inibir o trabalho de parto, conduzindo assim ao parto por fórceps

A voracidade pode também indicar a presença de sentimentos hostis em relação ao feto e desejo de destruí-lo. Esses sentimentos são transformados por meio de um mecanismo de defesa do ego, denominado formação reativa e expressos através de preocupação excessiva com o bom desenvolvimento fetal (MALDONADO, 1997).

Para Sete (1991), a dificuldade de alimentar-se ou o excesso de peso podem indicar ansiedade persecutória ou depressiva.

Fica claro, mais uma vez, a importância de investigar a relação da mulher com sua mãe, para prevenir possíveis conflitos orais que podem estar sendo a via de expressão de vivências mais primitivas.

Tudo o que foi exposto anteriormente nos leva a perceber que uma das maiores batalhas no momento do parto se trava nas camadas mais profundas do inconsciente da mulher, contra a proibição da sexualidade, já que a expulsão do bebê é sentida como uma situação sexual em si mesma. Assim, esses conflitos levam a mulher a um estado de confusão, do qual se faz necessário emergir, com a ajuda daqueles que a assistem e, sobretudo, do contato com seu filho recém nascido, que representa a única maneira de recobrar a identidade perdida neste estado de confusão. O filho denota a realidade (SOIFER, 1980).

É importante salientar que essas manifestações não são, necessariamente, patológicas. Em princípio, são apenas sinais de que algo está difícil de ser elaborado psiquicamente.

Volich (2002) alerta para as patologias atuais que vêm aumentando a cada dia, como a auto-mutilação, comportamentos auto-destrutivos, *Munchausen* entre outras. O autor questiona se a impossibilidade de escuta do corpo erógeno não levaria ao aumento do sofrimento expresso através da passagem ao ato, dos comportamentos de risco, de mutilação concreta do corpo... Isso pode ser compreendido como tentativa de fazer ouvir sua dor.

Se houver pessoa capacitada para ouvir o que está sendo dito por meio do sintoma, permitindo que a mulher expresse em palavras o que lhe aflige, o mesmo pode desaparecer e o trabalho de parto seguir tranquilamente. Porém, se o sintoma for silenciado através de procedimentos médicos desnecessários, podemos supor que esta será uma vivência muito insatisfatória para a mulher, e que essa insatisfação será refletida em sua relação com o bebê que acabou de nascer.

6. Método

Trata-se de um estudo quantitativo visando abarcar as variáveis apresentadas pela amostra estudada, permitindo a identificação de grupos e possibilitando uma comparação entre eles.

6.1 Participantes

Pesquisamos uma amostra de 180 parturientes do Centro de Parto Natural do Hospital Geral de São Mateus, localizado na cidade de São Paulo, num bairro da Zona leste da cidade.

Houve a intenção de cobrir 100% dos casos atendidos no CPN durante 8 meses, porém como não foi possível à pesquisadora acompanhar todas as entrevistas, a amostra foi selecionada por conveniência de acordo com a disponibilidade das enfermeiras do setor entre os meses de junho de 2007 a fevereiro de 2008.

Uma parturiente foi excluída da pesquisa pois apresentava um número de filhos muito superior ao comum da amostra.

Com excessão das parturientes que chegaram ao CPN no período expulsivo do parto, onde não houve tempo para responder a pesquisa sobre expectativas em relação a ele, todas as parturientes internadas neste setor deveriam ter sido convidadas a participar da pesquisa, facultando sua adesão ou não a responder o questionário.

6.2 Local da coleta de dados

O Centro de Parto Natural (CPN) que se constituiu como campo desta pesquisa, atende exclusivamente a parturientes do Sistema Único de Saúde (SUS) que residem na região onde esta localizada a maternidade, eventuais casos de emergência e encaminhamentos de outros hospitais.

O CPN é uma unidade de atendimento ao parto normal localizado fora do centro cirúrgico obstétrico e dispõe de estrutura física e recursos, tanto materiais quanto humanos, destinado a receber e assistir as parturientes e seus acompanhantes de escolha, objetivando favorecer o desenvolvimento do trabalho de parto com a participação ativa das usuárias e seus acompanhantes (PINTO et al, 2003).

O profissional enfermeiro obstetra possui autonomia sobre suas funções e é respaldado por protocolos assistenciais.

Ao ingressarem neste serviço, as parturientes passam por uma triagem realizada por médicos ginecologistas e obstetras onde se diagnostica e justifica a internação em decorrência do trabalho de parto. Neste momento, existem duas possibilidades de encaminhamento: seguir desde a evolução do trabalho de parto normal até o momento do pós-parto imediato, no CPN, sob a responsabilidade de profissionais enfermeiros especializados em obstetrícia ou manter-se no Centro Obstétrico (CO) sob cuidados médicos.

No CPN, estão institucionalizadas várias rotinas preconizadas pelo Movimento de Humanização do parto e nascimento como cursos de preparação para o parto; direito da parturiente a um acompanhante de sua escolha durante todo o processo até a alta deste setor; opção do parto de cócoras, na banheira ou na posição escolhida pela parturiente; estímulo a técnicas mecânicas para o alívio da dor (massagens, banhos, deambulação); uso cauteloso de indução intravenosa (ocitocina); abolição da prática de tricotomia e enema, possibilidade de ser acompanhada por uma doula treinada pelo hospital, entre outras.

Das mulheres que são encaminhadas para parto normal no CPN, todas consideradas de baixo e médio risco de acordo com o protocolo do hospital (ANEXO 1), algumas apresentam durante a evolução do trabalho de parto, manifestações somáticas que legitimam a necessidade de acompanhamento médico. Dessa forma são novamente reconduzidas ao CO onde se identifica a possibilidade de uma cesariana de emergência em caso de indicação.

Em caso de parto normal, as puérperas ficam em média dois dias internadas em alojamento conjunto com outras 3 duplas mãe-bebê. São disponibilizados dois horários de visitas, porém não é permitido que a mulher fique com acompanhante na maternidade.

6.3 Instrumentos

Para obter os dados da amostra, utilizamos: 1) Livro de Parto do Centro de Parto Natural; 2) Livro de Parto do Centro Obstétrico, onde constam dados da internação, evolução clínica da parturiente e informações sobre o parto; 3) Livro de Admissão do Centro de Parto Normal onde identificamos o horário de admissão da paciente neste setor bem como seu destino e a justificativa de mudança de setor hospitalar (ANEXO 2); 4) questionário (ANEXO 3) a ser respondido pelas parturientes e elaborado pela pesquisadora de acordo com questões de interesse da pesquisa, a partir de considerações dos autores (DOMINGUES, SANTOS e LEAL,

2004; LEÃO e BASTOS 2001; BRUGGEMANN, PARPINELLI e OSIS 2005; MARTY e M`UZAN, 1994).

Não foi encontrado na literatura um instrumento que contemplasse todas as informações que permitissem verificar a viabilidade ou não das hipóteses da pesquisa, portanto a necessidade de se criar um questionário. O questionário consta de doze questões com respostas fechadas devido ao grande numero de participantes, facilitando a tabulação das respostas.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por cada participante (ANEXO 4).

6.4 Procedimentos

Foram colhidos dados contidos no prontuário médico e partograma disponíveis, utilizados regularmente pela instituição.

Foi realizada uma reunião prévia da pesquisadora com as enfermeiras obstetras na qual elas foram orientadas quanto ao questionário e puderam esclarecer possíveis dúvidas quanto à aplicação do instrumento.

Foi aplicado um questionário (ANEXO 3) pelas enfermeiras obstetras com questões fechadas durante a estadia da parturiente no CPN em trabalho de parto.

Semanalmente a pesquisadora recolheu esses questionários respondidos e identificou as parturientes no livro de parto, obtendo assim as informações sobre identificação e evolução clínica na internação no CPN.

6.5 Cuidados éticos

Possivelmente algumas parturientes não se limitarão a responder as questões fechadas, prolongando-se para justificar as respostas. Assim, as enfermeiras que aplicaram os instrumentos foram orientadas a permitir que a paciente relate suas vivências se ela assim o desejar, como forma de elaboração de conflitos e para a enfermagem há possibilidade de conhecer um pouco mais da subjetividade da futura mãe.

Considerando que são enfermeiras experientes, em caso de uma maior mobilização emocional da parturientes, reconhecemos que elas conseguem aplacar a angústia e encaminhar a um atendimento psicológico se assim julgarem necessário, porém ressaltamos que as questões são consideradas de pouco impacto emocional a partir da experiência da pesquisadora com essa população, considerando um baixo risco de complicações.

O projeto foi apresentado à comissão de ética do hospital e à comissão de ética da PUC número 055/2007 (ANEXO 5).

No Termo de consentimento livre e esclarecido que a paciente assinou, constam informações sobre a pesquisa assim como sobre como contactar a pesquisadora, em caso de dúvidas ou para conhecer os resultados da pesquisa caso se interessem.

Além disso uma cópia do trabalho será entregue ao hospital que permitiu a realização da pesquisa.

6.6 Análise dos dados

Os dados obtidos foram digitados e processados pelo programa SPSS 13,0. A análise estatística, num primeiro momento, consistiu na descrição dos dados amostrais de acordo com o nível de mensuração de cada uma das variáveis. No momento seguinte, usando o programa SPAD 3.8, foi realizada uma Análise Fatorial e uma Classificação Hierárquica para construção de uma tipologia para as variáveis que medem características psicológicas e obstétricas. Esse procedimento permitiu a construção de *clusters* que foram relacionados às outras variáveis do estudo. Essas relações foram testadas através do Qui Quadrado e da Análise de Variância para um nível de significância de 0,05.

A partir daí fizemos uma análise do material obtido relacionando-o com estudos disponíveis na bibliografia.

7. Resultados e discussão

7.1 Características da amostra

A amostra deste estudo é composta de 180 parturientes que responderam ao questionário durante o trabalho de parto. Houve exclusão de uma participante por apresentar muitas gestações anteriores, sendo este dado muito discrepante dos demais.

7.1.1 Características obstétricas

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo a faixa etária das parturientes

Faixa Etária	%
14 a 19 anos	28,3
20 a 30 anos	62,8
31 a 46 anos	8,9
Total	100,0
N	180

A maioria das parturientes que participaram deste estudo tinha entre 20 e 30 anos de acordo com a tabela 1; o que é esperado, pois a gravidez na adolescência e a gravidez tardia apresentam maiores riscos do ponto de vista obstétrico, indicando a necessidade de acompanhamento médico no CO.

Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo número de gestações anteriores

Número de gestações	%
Uma	41,7
Duas	28,3
3 ou mais	30,0
Total	100,0
N	180

Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo número de partos normais anteriores

Número de partos normais	%
Nenhum	53,3
Um	25,0
Dois ou mais	21,7
Total	100,0
N	180

Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo número de partos cesáreos anteriores

Número de partos cesáreos	%
0	90,6
1	9,4
Total	100
N	180

Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo o número de abortos anteriores

Número de abortos	%
0	86,1
1	9,4
2	4,4
Total	100
N	180

Cerca de 41,7% das mulheres estava na primeira gestação, 53,3% não teve parto normal anterior, 90,6% não teve cesariana e 86,1% nunca sofreu aborto de acordo com as tabelas 2, 3, 4 e 5.

Tabela 6 – Distribuição da amostra segundo tipo de parto

Tipo de parto	%
Normal	90,6
Cesárea	9,4
Total	100
N	180

Tabela 7 – Distribuição da amostra segundo o uso de ocitocina

Ocitocina	%
Sim	45,6
Não	54,4
Total	100
N	180

Tabela 8 – Distribuição da amostra segundo o uso de anestesia

Anestesia	%
Nenhuma	29,4
Local	61,7
Raquidiana	8,9
Total	100
N	180,0

Tabela 9 – Distribuição da amostra segundo a presença de acompanhante durante a internação no CPN

Acompanhante durante a internação no CPN	%
Sim	75
Não	25
Total	100
N	180

Tabela 10 – Distribuição da amostra segundo os acompanhantes que estiveram com a parturiente durante a internação no CPN

Acompanhantes que estiveram com a parturiente durante a internação no CPN	%
Marido	59,3
Mãe	14,1
Outros	26,7
Total	100,0
N	180

A maioria da amostra teve filho de parto normal, sem ocitocina e 61,7% das mulheres recebeu anestesia local na hora do parto. (Tabelas 6, 7 e 8). A maioria das parturientes contou com a presença de algum acompanhante durante o trabalho de parto, sendo que 59,3% estava com o marido ou companheiro (Tabelas 9 e 10).

Esses dados ilustram a abertura do hospital pesquisado para a implantação do programa de Humanização do parto e nascimento, priorizando o parto normal, uso criterioso de medicamentos e anestésicos, a permissão e aceitação da equipe para a participação do acompanhante de parto e a figura paterna mais participativa no momento do nascimento.

Tabela 11 – Distribuição da amostra de acordo com o número de consultas pré-natal

Número de consultas pré-natal	%
0 a 5	30
6 a 10	63,9
11 a 14	6,1
Total	100
N	180

A amostra estudada apontou que 63,9% das gestantes fez entre 6 e 10 consultas de pré natal, dado este que corresponde ao número de consultas preconizadas pela Organização Mundial de saúde, porém ainda vemos que 30% das gestantes passou por menos de 6 consultas, representando um déficit diante do esperado, como explicitado na tabela 11.

Tabela 12 – Distribuição da amostra de acordo com a idade gestacional

Idade gestacional	%
Menor que 37 semanas	2,2
37 a 42 semanas	97,8
Total	100
N	180

Podemos perceber que apenas 2,2% das parturientes apresentavam tempo de gestação inferior à 37 semanas, que é considerado o tempo maturacional ideal para o nascimento do bebê. Não houve parturiente que ultrapassasse o limite superior de idade gestacional considerado adequado ou seja, maior de 42 semanas (tabela 12).

Tabela 13 – Distribuição da amostra segundo o peso do recém-nascido

Peso do RN	%
Menor que 2500 kg	2,8
de 2500 a 3500 kg	73,9
Maior que 3500 kg	23
Total	100
N	180

Tabela 14 – Distribuição da amostra segundo o *apgar* 1º minuto

<i>Apgar</i> 1º minuto	%
0 a 2	0,6
3 a 4	1,1
5 a 7	6,7
8 a 10	91,7
Total	100
N	180,0

Tabela 15 – Distribuição da amostra segundo o *apgar* 5º minuto

<i>Apgar</i> 5º minuto	%
5 a 7	1,7
8 a 10	98,3
Total	100
N	180

Considerando o peso esperado do recém nascido entre 2500 kg e 3500 kg, 73,9% da amostra teve o filho com peso pertencente a esta faixa, e as notas de *apgar* do primeiro e quinto minuto entre 8 e 10 consideradas mais adequadas foram as mais freqüentes (tabelas 13, 14 e 15). Isso mostra que os bebês nascidos das

parturientes que foram consideradas de baixo risco realmente nasceram em ótimas condições como era esperado nos partos ocorridos no CPN.

Tabela 16 - Distribuição da amostra segundo as complicações apresentadas durante a internação no CPN

Complicações durante a internação no CPN	%
Não teve	53,3
Fetais	33,9
Maternas	10,6
Outras	2,2
Total	100
N	180,0

Tabela 17 – Distribuição da amostra segundo o local para onde a parturiente foi encaminhada após o CPN

Local para onde a parturiente foi encaminhada após a CPN	%
Maternidade	86,7
Centro Obstétrico	13,3
Total	100
N	180

A maioria das mulheres não apresentou nenhuma complicação no parto, e entre as principais complicações ocorridas, 33,9% correspondem à problemas com o bebê (mecônio, circular de cordão umbilical entre outros); sendo possível para 86,7% das mulheres serem destinadas à maternidade após terem tido o parto no CPN (Tabelas 16 e 17).

É necessário destacar que as complicações foram registradas no livro de parto pela profissional responsável pelo procedimento, porém essas anotações não seguiram um protocolo de indicasse seguramente o que é considerado complicação do ponto de vista obstétrico e o que caberia como anotação de observações.

7.1.2 Características psicológicas

Os resultados foram obtidos através das respostas do questionário.

Tabela 18 – Distribuição da amostra segundo o planejamento da gravidez

Planejamento da gravidez	%
Sim	36,1
Não	63,9
Total	100
N	180

Tabela 19 – Distribuição da amostra segundo a vivência de problema emocional durante a gestação

Vivência de problema emocional durante a gestação	%
Sim	27,2
Não	72,8
Total	100
N	180

Tabela 20 – Distribuição da amostra segundo a realização de promessas ou orações durante a gravidez e parto

Realização de promessas ou orações durante a gravidez e parto	%
Sim	68,9
Não	31,1
Total	100
N	180

Tabela 21 – Distribuição da amostra segundo a ocorrência de fantasias e sonhos durante a gestação

Ocorrência de fantasias e sonhos durante a gestação	%
Sim	84,4
Não	15,6
Total	100
N	180

Tabela 22 – Distribuição da amostra segundo a vivência de sentimentos negativos durante a gestação

Vivência de sentimentos negativos durante a gestação	%
Sim	38,9
Não	61,1
Total	100
N	180

Tabela 23 – Distribuição da amostra segundo a vivência de preocupação com o parto

Vivência de preocupação com o parto	%
Sim	94,4
Não	5,6
Total	100
N	180

Tabela 24 – Distribuição da amostra segundo o tipo de parto de escolha da parturiente

Tipo de parto de escolha da parturiente	%
Normal	74,4
Cesárea	16,7
Não sei	8,9
Total	100
N	180,0

Levando em conta o planejamento desta gravidez, 63,9% das parturientes relataram não ter feito planos, 72,8% negaram ter tido algum tipo de sofrimento que causasse impacto emocional durante a gestação; 68,9% das mulheres afirmaram ter feito promessas ou orações para garantir um bom parto, maioria das mulheres afirmou ter sonhado, fantasiado e imaginado como seria o bebê, e 61,1% negaram qualquer sentimento negativo durante este período. A preocupação com o parto é resposta bem frequente nesta amostra; e se fosse possível escolher, 74,4% optariam por ter parto normal (Tabelas 18, 19, 20, 21, 22, 23 e 24).

Na amostra do estudo de Tedesco et al (2004), 90 % das mulheres afirmaram que preferem ter parto normal; e no de Oliveira et al (2002), 74,7% das mulheres também optaram por esse tipo de parto. Esses dados apontam contrariamente à concepção popular de que as mulheres preferem o parto cesareano. Podemos perceber que houve mudança na opção das gestantes pelo tipo de parto, inclusive apontando que a cesárea pode ser considerada uma epidemia desnecessária.

Essa mudança pode ter ocorrido devido ao aumento de divulgação dos benefícios do parto normal a partir da campanha nacional de humanização do parto, iniciada em 2006.

No trabalho de Domingues et al (2004), 34,6% das mulheres também relataram sentimentos negativos em relação à gravidez e parto e 70% das mulheres afirmaram terem se preocupado com o parto. Esses dados foram muito semelhantes ao encontrados nesta pesquisa.

Se considerarmos que sofrer, sonhar, fazer promessas ou orações, vivenciar sentimentos negativos, se preocupar com o parto são formas de expressão da afetividade, podemos perceber que as entrevistadas respondem afirmativamente apenas para manifestações socialmente aceitas em relação à gestação, negando em sua maioria, terem passado por problemas ou vivenciado sentimentos negativos.

Lopes et al (2005) também investigaram esses aspectos e assinalaram que as gestantes que não referiram expectativas sobre o parto possivelmente percebem este momento como associado ao medo e ansiedade diante do desconhecido, e não por uma real ausência de expectativas.

Podemos pensar que teriam então negado a existência de sofrimento, sentimentos negativos para evitar entrar em contato com seus maiores medos, desconsiderando a ambivalência da gestação.

Tabela 25 – Distribuição da amostra segundo a satisfação por ter recebido informações por parte da equipe

Satisfação por ter recebido informações por parte da equipe	%
Sim	89,4
Não	10,6
Total	100
N	180

Tabela 26 – Distribuição da amostra segundo as informações recebidas de outras pessoas

Informações recebidas por outras pessoas	%
Sim	81,7
Não	18,3
Total	100
N	180

Tabela 27 – Distribuição da amostra segundo a existência de outras pessoas que forneceram informações sobre a gestação e parto

Outras pessoas que forneceram informações sobre a gestação e parto	%
Ninguém	18,3
Família	46,7
Amigos	12,8
Grupo de gestantes	12,8
Outras parturientes	7,2
Outros	2,2
Total	100
N	180,0

As parturientes se sentiram bem informadas pela equipe de saúde em relação ao parto, e além dos profissionais do hospital, 81,7% das parturientes relatou ter recebido informações de outras fontes, principalmente de familiares (Tabelas 25, 26 e 27).

Esses dados também foram pesquisados no trabalho de Domingues et al (2004), onde obtiveram a resposta de 23% das parturientes se mostraram satisfeitas com as informações sobre sua gravidez e parto. Dentre as fontes de informações secundárias, os familiares foram responsáveis por 44% das pessoas que informaram a gestante, dado esse muito semelhante ao obtido neste trabalho.

Podemos inferir que a equipe que atendeu as parturientes deste estudo priorizaram mais o fornecimento de informações às mulheres, e que nos anos que separam as pesquisas houve um aumento do cumprimento dos princípios propostos pelo programa de humanização.

Como foi visto por Bezerra e Cardoso (2006) a gestante precisa de conhecimentos sobre a gravidez, o parto, as contrações, o crescimento e desenvolvimento do bebê, a amamentação entre outros para que possa participar ativamente do seu parto.

Couto (2006) percebeu em seus estudos, inclusive que a satisfação das mulheres em relação ao parto está diretamente ligada à preparação obtida através de cursos e informações fornecidas.

Percebemos que a maior parte das informações recebidas nesta amostra de parturientes ocorreu por parte da família, o que exemplifica a importância da maternidade como evento familiar e social.

Tabela 28 – Distribuição da amostra segundo o tipo de parto de nascimento

Tipo de parto de nascimento	%
Normal	70,6
Cesárea	17,8
Fórceps	2,8
Não sei	8,9
Total	100
N	180

Tabela 29 – Distribuição da amostra segundo parturientes que receberam a colaboração de uma doula

Receberam a colaboração de uma doula	%
Sim	46,1
Não	53,9
Total	100
N	180

Em relação à acompanhante de parto leiga, 53,6% não contou com a presença de doulas durante o trabalho de parto. Isso se justifica pelos horários de trabalho das doulas, que atendem nesse hospital apenas durante o dia e exceto aos finais de semana, sendo que os partos normais acontecem sem data e horário marcado, muitas mulheres não tinham doula disponível para acompanhá-las devido à escala de trabalho das acompanhantes leigas. Em relação ao tipo de parto do próprio nascimento, 70,6% das parturientes pesquisadas relatou ter nascido de parto normal (Tabelas 28 e 29).

7.2 Cruzamento de variáveis

Diante dos inúmeros dados coletados, foi realizado cruzamento estatístico de todas as variáveis entre si. A seguir serão apresentadas as de maior relevância para este trabalho.

Tabela 30 – Distribuição da amostra segundo número de gestações e faixas etárias

Número de gestações	Faixas Etárias			
	14 a 19 anos	20 a 30 anos	31 a 46 anos	Total
Uma	72,5	33,6	0	41,7
Duas	25,5	31	18,8	28,3
3 ou mais	2	35,4	81,3	30
Total	100	100	100	100
N	51	113	16	180

* p= 0,000

Tabela 31 – Distribuição da amostra segundo número de parto normal e faixa etária

Número de partos normais	Faixas Etárias			Total
	14 a 19 anos	20 a 30 anos	31 a 46 anos	
Nenhum	76,5	49,6	6,3	53,3
Um	21,6	27,4	18,8	25
Dois ou mais	2	23	75	21,7
Total	100	100	100	100
N	51	113	16	180

* p= 0,000

Tabela 32 – Distribuição da amostra segundo tipo de parto e faixa etária

Tipo de parto	Faixas Etárias			Total
	14 a 19 anos	20 a 30 anos	31 a 46 anos	
Parto normal	92,2	89,4	93,8	90,6
Parto Cesárea	7,8	10,6	6,3	9,4
Total	100	100	100	100
N	51	113	16	180

* p= 0,846

Tabela 33 – Distribuição da amostra segundo ocitocina e faixa etária

Ocitocina	Faixas Etárias			Total
	14 a 19 anos	20 a 30 anos	31 a 46 anos	
Sim	43,1	46,9	43,8	45,6
Não	56,9	53,1	56,3	54,4
Total	100	100	100	100
N	51	113	16	180

* p= 0,781

Tabela 34 – Distribuição da amostra segundo presença de acompanhante e faixa etária

Acompanhante	Faixas Etárias			Total
	14 a 19 anos	20 a 30 anos	31 a 46 anos	
Sim	84,3	71,7	68,8	75
Não	15,7	28,3	31,3	25
Total	100	100	100	100
N	51	113	16	180

* p= 0,079

Tabela 35 – Distribuição da amostra segundo tipo de acompanhante e faixa etária

Acompanhante	Faixas Etárias			Total
	14 a 19 anos	20 a 30 anos	31 a 46 anos	
Marido	46,5	65,4	63,6	59,3
Mãe	20,9	12,3	0	14,1
Outros	32,6	22,2	36,4	26,7
Total	100	100	100	100
N	43	81	11	135

* p= 0,169

Como era esperado, as mulheres que tinham entre 14 e 19 anos estavam, em sua maioria, na primeira gestação e nunca tiveram parto normal anteriormente. Em relação ao parto, não houve diferença significativa entre as mulheres nas várias faixas etárias e o tipo de parto, e o uso de ocitocina. Porém, a presença do acompanhante foi superior entre as mulheres mais jovens. Essas mulheres foram mas que mais estiveram acompanhadas da mãe (tabelas 30, 31, 32, 33, 34 e 35).

No estudo de McCallum e Reis (2006) também é apontado que as parturientes jovens desejam a presença da mãe no momento do parto, pois o relacionamento entre elas pode ser revisto. Para esses autores, a presença da mãe se traduz em uma experiência cultural forte, já que a re- significação que produzem da dor e do sofrimento concretiza-se na relação com a própria mãe.

A partir daí podemos perceber a importância da maternagem para a formação da identidade de mãe.

Nas parturientes mais velhas, esse papel de mulher, esposa e mãe já está mais consolidado, de forma que ela já identifica seu marido e filho como sua nova família, separada da de origem.

Tabela 36 – Distribuição da amostra segundo gravidez planejada e faixa etária

Gravidez planejada	Faixas Etárias			Total
	14 a 19 anos	20 a 30 anos	31 a 46 anos	
Sim	33,3	39,8	18,8	36,1
Não	66,7	60,2	81,3	63,9
Total	100	100	100	100
N	51	113	16	180

* p= 0,826

No senso comum, há a ideia de que as adolescentes não planejam a gravidez e não possuem maturidade para exercer atividade sexual de forma responsável.

Neste trabalho, vemos que a maioria das mulheres, de todas as faixas etárias, não planejaram a gravidez. Isso aponta que a falta de planejamento familiar não ocorre apenas entre as mulheres jovens.

É importante destacar, conforme foi dito anteriormente, que perguntar a respeito do planejamento da gravidez nos dá uma resposta a nível consciente, porém como demonstrado por Szejer e Stewart (1997), inconscientemente em qualquer gestação que culmina no nascimento do bebê há o desejo, ainda que inconsciente, de ter esse filho.

Tabela 37 – Distribuição da amostra segundo problema emocional durante a gestação e faixa etária

Problema emocional durante a gestação	Faixas Etárias			
	14 a 19 anos	20 a 30 anos	31 a 46 anos	Total
Sim	39,2	22,1	25	27,2
Não	60,8	77,9	75	72,8
Total	100	100	100	100
N	51	113	16	180

* $p= 0,048$

Tabela 38 – Distribuição da amostra segundo preocupação com o parto e faixa etária

Preocupação com o parto	Faixas Etárias			
	14 a 19 anos	20 a 30 anos	31 a 46 anos	Total
Sim	100	92,9	87,5	94,4
Não	0	7,1	12,5	5,6
Total	100	100	100	100
N	51	113	16	180

* $p= 0,026$

Foi possível encontrar diferença significativa entre as mulheres que relataram ter vivido problema emocional durante a gestação e faixa etária e entre as que relataram sentir preocupação com o parto e a idade, sendo que as mais jovens foram as que mais relataram ter vivido essas experiências como vemos nas tabelas 37 e 38.

Tabela 39 – Distribuição da amostra segundo acompanhante e número de gestações

Acompanhante	Número de gestações			
	Uma	Duas	Três ou mais	Total
Sim	85,3	72,5	63	75
Não	14,7	27,5	37	25
Total	100	100	100	100
N	75	51	54	180

* $p= 0,003$

Tabela 40 – Distribuição da amostra segundo alguém mais deu dicas e número de gestações

Alguém mais deu dicas	Número de gestações			
	Uma	Duas	Três ou mais	Total
Sim	89,3	86,3	66,7	81,7
Não	10,7	13,7	33,3	18,3
Total	100	100	100	100
N	75	51	54	180

* $p= 0,002$

As mulheres que eram primigestas no momento da pesquisa estavam mais acompanhadas de uma pessoa de sua escolha do que as multigestas, dado este com relevância estatística; assim como as primigestas foram as que mais receberam dicas de outras pessoas além da equipe de saúde (tabelas 39 e 40).

Tabela 41 – Distribuição da amostra segundo preocupação com o parto e número de partos normais

Preocupação com o parto	Número de partos normais			
	Nenhum	Um	Dois ou mais	Total
Sim	97,9	93,3	87,2	94,4
Não	2,1	6,7	12,8	5,6
Total	100	100	100	100
N	96	45	39	180

* $p= 0,015$

O relato de preocupação com o parto esteve diretamente relacionado com o número de parto normal anterior, sendo que as primigestas apresentaram maior preocupação do que as mulheres multigestas (tabela 41).

Como apontam Bezerra e Cardoso (2006) compreende-se a importância que as mulheres dão ao conhecimento adquirido por meio de sua vivência, quando relatam sobre a forma que se comportam durante o trabalho de parto e parto, e como relacionam o atual momento com os partos anteriores, sublinhando como foi importante já terem vivido esse processo e de como a experiência determinou o seu comportamento na parturição atual.

Tabela 42 – Distribuição da amostra segundo tipo de parto e destino

Tipo de parto	Destino		
	Maternidade	Centro obstétrico	Total
Normal	100	29,2	90,6
Cesárea	0	70,8	9,4
Total	100	100	100
N	156	24	180

* p= 0,000

As mulheres que foram encaminhadas ao Centro Obstétrico devido a alguma complicação tiveram, em sua maioria, parto cesariana, porém 29,2% das mulheres com complicações, apesar destas, ainda conseguiram ter o filho por via baixa.

Tabela 43 – Distribuição da amostra segundo tipo de parto da escolha da parturiente e tipo de parto

Tipo de parto da escolha da parturiente	Tipo de parto		
	Parto normal	Parto cesárea	Total
Parto normal	75,5	64,7	74,4
Parto cesárea	16,6	17,6	16,7
Não sabe	8	17,6	8,9
Total	100	100	100
N	163	17	180

* p= 0,393

Das mulheres que efetivamente tiveram parto normal, 75,5% escolheriam esse tipo de parto se fosse permitida a escolha, enquanto as mulheres que tiveram cesárea, 17,6% realmente optariam por esse parto como elegível de acordo com a tabela 43.

No estudo de Oliveira et al (2002), 66% das mulheres que gostariam de ter parto normal realmente o tiveram, no entanto, 25,3% das mulheres tinham

expectativa de cesárea, dado este muito superior ao colhido neste trabalho, onde apenas 16,7% das mulheres optariam por cesárea se fosse possível a escolha. Isso aponta para a abertura da população leiga em geral e dos profissionais da saúde para os benefícios do parto normal, tão divulgados na atualidade.

Tabela 44 – Distribuição da amostra segundo recebeu informações necessárias por parte da equipe e tipo de parto

Recebeu informações necessárias por parte da equipe	Tipo de parto		
	Parto normal	Parto cesárea	Total
Sim	88,3	100	89,4
Não	11,7	0	10,6
Total	100	100	100
N	163	17	180

* $p= 0,136$

De acordo com a tabela 44, é possível perceber que não há relevância estatística entre as informações obtidas por parte da equipe de saúde para determinar o tipo de parto vivenciado pela mulher. Esse dado mostra que essa relação não se estabelece pois ela se desenrola em um nível consciente, e que não necessariamente altera o desejo inconsciente que é responsável pela organização psicossomática.

Tabela 45 – Distribuição da amostra segundo como você nasceu e tipo de parto

Como você nasceu	Tipo de parto		
	Parto normal	Parto cesárea	Total
Parto normal	71,2	64,7	70,6
Parto cesárea	17,8	17,6	17,8
Fórceps	3,1	0	2,8
Não sei	8	17,6	8,9
Total	100	100	100
N	163	17	180

Tabela 46 - Distribuição da amostra segundo o tipo de parto de nascimento e destino

Como você nasceu	Destino		
	Maternidade	Centro obstétrico	Total
Normal	71,8	62,5	70,6
Cesárea	17,9	16,7	17,8
Fórceps	3,2	0	2,8
Não sei	7,1	20,8	8,9
Total	100	100	100
N	156	24	180

* $p= 0,139$

Dentre as mulheres que tiveram parto normal, 71,2% também haviam nascido por via baixa, porém entre as mulheres que tiveram parto cesárea, 17,6% afirmaram no momento do questionário que não sabiam por qual tipo de parto haviam nascido (tabela 45). Da mesma forma que as mulheres que foram encaminhadas ao Centro Obstétrico, ou seja, necessitando de acompanhamento médico e recursos tecnológicos não presentes no CPN, 20,8% não souberam contar como nasceram de acordo com a tabela 46.

Esses dados são interessantes pois a pergunta do questionário pode permitir à parturiente nomear este momento, pois como afirmou Soifer(1980) e Szejer e Stewart (1997) durante o trabalho de parto a mulher revive o nascimento. Se através da questão foi permitido a ela relembrar conscientemente este momento, isso poderia ter facilitado uma elaboração psíquica, enquanto que as mulheres que afirmaram não saber por qual tipo de parto nasceram não conseguiram regredir ao início da própria vida e elaborar o nascimento traumático.

Tabela 47 – Distribuição da amostra segundo colaboração de doula e tipo de parto

Teve colaboração de doula	Tipo de parto		
	Parto normal	Parto cesárea	Total
Sim	46	47,1	46,1
Não	54	52,9	53,9
Total	100	100	100
N	163	17	180

* $P= 0,934$

Tabela 48 – Distribuição da amostra segundo colaboração de doula e tipo de anestesia

Teve colaboração de doula	Tipo de anestesia			
	Nenhuma	Local	Raqui	Total
Sim	43,4	47,7	43,8	46,1
Não	56,6	52,3	56,3	53,9
Total	100	100	100	100
N	53	111	16	180

* $p= 0,855$

No trabalho de Bruggemann et al (2005) o suporte dado à parturiente pela doula esteve associado a resultados maternos, destacando a redução da taxa de cesariana, redução do uso de ocitocina e analgesia e aumento da satisfação da mulher em relação ao parto.

Neste trabalho não conseguimos observar alterações significativas sobre o parto na presença da doula como apresentado na tabela 46 e 47. Porém no estudo supracitado as parturientes não contaram com acompanhante de escolha, enquanto as mulheres desta pesquisa apresentaram resultados importantes na presença do familiar.

Isso nos leva a refletir se a doula não se faz necessária para as mulheres que chegam ao hospital para dar à luz desacompanhadas.

Tabela 49 – Distribuição da amostra segundo complicações e acompanhante

Complicações	Acompanhante			
	Marido	Mãe	Outros	Total
Não teve	57,5	42,1	66,7	57,8
Fetais	35,0	36,8	33,3	34,8
Maternas	5	15,8	0	5,2
Outras	2,5	5,3	0	2,2
Total	100	100	100	100
N	80	19	36	135

Dentre as mulheres que estavam acompanhadas da mãe, mais da metade teve alguma complicação no nascimento do bebê, sendo 36,8% de complicações maternas. As mulheres que estiveram acompanhadas da mãe ainda não se desvincularam totalmente do papel de filha, tão necessário para que possa se tornar esposa e mãe, e possivelmente por isso apresentaram mais complicações para parir do que as mulheres que estiveram acompanhadas do marido ou outras pessoas.

Tabela 50 – Distribuição da amostra segundo destino e acompanhante

Acompanhante	Destino		
	Maternidade	Centro obstétrico	Total
Sim	84	16,7	75
Não	16	83,3	25
Total	100	100	100
N	156	24	180

* p= 0,000

Tabela 51 – Distribuição da amostra segundo destino e qual acompanhante

Qual acompanhante	Destino		
	Maternidade	Centro obstétrico	Total
Marido	59,5	50	59,3
Mãe	13	50	14,1
Outros	27,5	0	26,7
Total	100	100	100
N	131	4	135

* p= 0,085

Em uma revisão sistemática realizada por Cecatti e Calderon (2005), foi realizado um estudo comparativo entre a presença ou não do acompanhante e a necessidade de analgesia, parto cirúrgico e satisfação da mulher em relação ao parto. As evidências apontam para os benefícios obtidos.

Neste trabalho, também pudemos perceber as vantagens do acompanhante sobre o local para onde foram encaminhadas as gestantes após a internação no CPN. Das mulheres que foram encaminhadas ao CO, 83,3% estavam sem acompanhante, dado este com significância estatística sobre as mulheres que estavam acompanhadas. Esses dados revelam que quando a mulher está sendo acompanhada durante o trabalho de parto por uma pessoa de sua escolha ela tem menores chances de ter alguma complicação que necessite de apoio médico no centro obstétrico, porém, de acordo com os dados, quem era o acompanhante não apresentou relevância (tabelas 48 e 49).

Tabela 52 – Distribuição da amostra segundo sonhou, fantasiou ou imaginou o bebê e acompanhante

Sonhou, fantasiou ou imaginou o bebê	Acompanhante		
	Sim	Não	Total
Sim	87,4	75,6	84,4
Não	12,6	24,4	15,6
Total	100	100	100
N	135	45	180

* p= 0,050

As mulheres que estavam com acompanhante no momento do parto responderam que sonharam, fantasiaram e imaginaram o bebê , porém as que estavam sozinhas não afirmaram ter tido esse tipo de vivência. Isso supõe que quando o bebê está inserido em uma família que o espera, ele é capaz de despertar mais expectativas na própria mãe.

Tabela 53 – Distribuição da amostra segundo sonhou, fantasiou ou imaginou o bebê e tipo de anestesia

Sonhou, fantasiou ou imaginou o bebê	Tipo de anestesia			
	Nenhuma	Local	Raquidiana	Total
Sim	79,2	89,2	68,8	84,4
Não	20,8	10,8	31,3	15,6
Total	100	100	100	100
N	53	111	16	180

* p= 0,050

As mulheres que menos sonharam, fantasiaram e imaginaram o bebê antes de seu nascimento foram as que mais receberam anestesia raquidiana, ou seja, tiveram parto cesáreo, enquanto que as que mais tinham expectativas sobre seu filho receberam anestesia local (tabela 53).

7.3 Clusters

Diante de uma amostra tão heterogênea, surgiu a possibilidade de se realizar análises fatoriais dos dados quantitativos. Foram construídas, então, tipologias compostas de 2 e 3 *clusters*.

7.3.1 Clusters construídos a partir das variáveis do questionário

Tabela 54 - Distribuição da amostra segundo o agrupamento de dados psicológicos

	N	%
G1 – BEM MENTALIZADOS	124	68,5
G2 – MENTALIZAÇÃO INCERTA	23	12,7
G3 – MAL MENTALIZADOS	34	18,8
TOTAL	181	100

O primeiro grupo (G1) é o maior grupo, composto por 124 parturientes correspondendo a 68,5% da amostra (tabela 54). As pessoas deste grupo preferencialmente responderam que planejaram a gravidez; sonharam, fantasiaram e fantasiaram durante a gestação; sentiram-se preocupadas com relação ao parto; escolheriam parto normal se fosse possível; consideram que receberam as informações necessárias por parte da equipe e de outras pessoas; confessaram ter feito promessas e orações e tiveram a colaboração da doula durante a internação no CPN.

Este grupo apresenta características semelhantes ao que Marty (1998) considera como neurose de caráter bem mentalizada, correspondente à psiconeurose psicanalítica. O grupo de pacientes é caracterizado pela boa organização mental e egóica, pela prevalência em situações de conflito de recursos psíquicos sobre as descargas pelo comportamento, pela manifestação de uma sintomatologia predominantemente psíquica e pelo bom funcionamento do sistema regressões- fixações, passaremos então a considerar este grupo como bem mentalizado.

O segundo grupo (G2), é o menor, correspondendo a 12,7 % do agrupamento (tabela 39). Neste grupo encontramos alta incidência de respostas de mulheres que não souberam como foi o próprio nascimento, que não sabem informar que tipo de parto gostariam de ter este bebê e negam ter enfrentado sofrimento durante a gestação, que apresentam grau de mentalização incerta, que oscila entre a boa e má mentalização.

O terceiro grupo, aqui denominado G3, é composto de 34 parturientes (18,8%) e respostas negativas em relação ao planejamento da gravidez; ausência de imaginações e fantasias durante a gravidez, ausência de preocupação com o parto; optam para ter este bebê via cesariana; estão insatisfeitas com as informações recebidas da equipe e das demais fontes; não fizeram promessas ou orações, não estiveram acompanhadas por doulas e nasceram de parto normal, considerando essas pessoas de mal mentalizadas, que refletem distúrbios de maior ou menor intensidade, a partir de um desenvolvimento anterior que propiciou um funcionamento mínimo do pré- consciente, em seguida perturbado por experiências de vida do sujeito. (Tabela 43).

7.3.1.1 *Clusters* de dados psicológicos X variável dependente

Tabela 55 - Distribuição da amostra segundo complicações e agrupamento

Complicações	Agrupamento			Total
	Bem mentali- zadas	Mentalização incerta	Mal mentali- zadas	
Não teve	57,1	39,1	48,4	53,3
Fetais	31,0	43,5	38,7	33,9
Maternas	9,5	17,4	9,7	10,6
Outras	2,4	0	3,2	2,2
Total	100	100	100	100
N	126	23	31	180

* $p=0,630$

As mulheres mais mentalizadas apresentaram o menor índice de complicações; ou seja, 57,1% não apresentaram nenhuma complicação o que indica que sonhar, imaginar, fantasiar, rezar, pode proteger a mulher e o bebê de uma desorganização somática.

Para Marty (1990), a quantidade de representações é fruto do acúmulo de sedimentos de representações ao longo do desenvolvimento individual, e a qualidade é determinada pela capacidade de evocar essas representações mentais, pela sua permanência ao longo do tempo e pela disponibilidade de associações dessas representações.

O afluxo em excesso ou abrupto de excitação provoca movimentos de desorganização momentâneos ou duradouros no aparelho psíquico, desvinculando a relação de ligação entre representação de coisas e representação de palavras,

prejudicando tanto a quantidade quanto a qualidade da mentalização, levando à perda de componentes simbólicos, afetivos e metafóricos do sujeito. Assim, fica comprometida a função de proteção contra regressões mais primitivas da economia psicossomática.

7.3.2 *Clusters* construídos a partir das variáveis obstétricas

Tabela 56 - Distribuição da amostra segundo o agrupamento de dados obstétricos

	N	%
G1 – POUCO EXPERIENTES	132	73,3
G2 – MAIS EXPERIENTES	48	26,7
TOTAL	180	100

O primeiro grupo (G1) é o maior grupo, composto por 132 parturientes correspondendo a 73,3% da amostra (tabela 57). As pessoas deste grupo preferencialmente eram mais jovens, tinham poucas ou nenhuma gestação anterior, nenhum ou poucos partos normais anteriores, fizeram entre 2 e 6 consultas de pré natal e tiveram seus filhos dentro da faixa de peso ideal. Este grupo apresenta como características pouca experiência anterior, por isso é chamado de pouco experiente.

O segundo grupo (G2), é menor, correspondendo a 26,7 % do agrupamento. Neste grupo encontramos alta incidência de mulheres que tiveram 3 ou mais gestações anteriores, mais partos normais anteriores, menores e maiores taxas de consultas de pré natal e bebês com peso superior a 3500 kg. Este grupo passa a ser denominado mais experiente.

Tabela 57 - Distribuição da amostra segundo a experiência e mentalização

Mentalização	Experiência		Total
	Pouco experientes	Mais experientes	
Bem mentalizadas	74,2	58,3	70
Mentalização incerta	12,9	12,5	12,8
Mal mentalizados	12,9	29,2	17,2
Total	100	100	100
N	132	48	180

* $p = 0,035$

De acordo com a tabela 58, é possível perceber que as mulheres com pouca experiência anterior eram significativamente mais mentalizadas do que as mulheres

mais experientes. Isso demonstra que ao ter vivenciado uma experiência, ela passa a ser internalizada como um registro real do fato, diminuindo sua intensidade no imaginário do sujeito.

Dessa forma, para as mulheres que já vivenciaram o parto mais vezes, os recursos psíquicos simbólicos ficam diminuídos, o que segundo a Escola Francesa de Psicossomática poderia levar à uma desorganização progressiva culminando em um sintoma somático.

8. Considerações finais:

A discussão sobre os inúmeros aspectos envolvidos na maternidade, parto e nascimento é bastante extensa, principalmente no atual momento, onde o paradigma obstétrico passa por uma reformulação.

É possível perceber, a partir da perspectiva histórica, como ao longo do tempo o cenário do nascimento foi sendo transformado.

As parteiras, inicialmente leigas; porém nem por isso inexperientes, perderam espaço para o médico. A partir dele, o parto passa a ser realizado nos hospitais, com uso de tecnologia de ponta.

Hoje, as parteiras retornam no atual cenário, não mais leigas, agora com o nome de obstetriz. Junto com elas, retorna também a expectativa do nascimento em família, resgatando a natureza presente no ato de parir.

Além delas, as doulas também voltam à cena para auxiliar na humanização dos nascimentos, e abre-se novamente a possibilidade de participação de um acompanhante para receber o novo membro da família que chega.

Na amostra de parturientes estudada, foi possível verificar que a presença ou não da doula não trouxe resultados importantes que indicariam benefícios às mulheres que tiveram sua companhia, porém as mulheres que puderam contar com a presença de um acompanhante de escolha, em sua maioria, foram encaminhadas à maternidade após terem tido parto normal no CPN. Isso indica que é importante sim, que haja alguém com a parturiente em trabalho de parto, porém os melhores resultados são obtidos quando essa pessoa já faz parte da história da futura mãe e do bebê.

Além disso, verificou-se ainda que dessas mulheres, poucas receberam anestesia raquidiana e em sua maioria afirmaram ter sonhado, fantasiado e imaginado como seria o bebê.

Para pensar a maternidade, do ponto de vista psicanalítico, se faz necessário compreender a noção de ambivalência presente nesse momento; ou seja, aceitar a existência de sentimentos de aceitação e rejeição do bebê para agir de modo preventivo, permitindo que esses sentimentos possam ser

expressos em palavras, evitando sua manifestação pela via somática.

Ainda visando a prevenção, vê-se reconhecida importância em possibilitar a elaboração do nascimento, já que conforme foi visto anteriormente, este pode ser considerado um momento traumático. A prevenção pode ser pensada no sentido de evitar maiores danos; já que os bebês que nascem hoje serão pais no futuro, e a relação com as figuras parentais é determinante, pois é através da identificação com a figura materna e paterna que se forma a identidade de pai e mãe.

As mulheres acompanhadas da mãe foram as que mais apresentaram complicações. Esse dado aponta a imaturidade emocional da futura mãe, que ainda permanecendo no papel de filha, convida a mãe para estar presente na composição da nova família.

A hipótese de que as mulheres que nasceram de parto normal estariam mais preparadas para ter um parto normal não se confirmou, porém pode-se considerar que a pergunta a respeito de seu nascimento tenha proporcionado a essas mulheres a possibilidade de elaboração desse momento traumático.

Verificou-se ainda que o tipo de parto de escolha consciente não apresenta relação significativa com o tipo de parto que ocorreu, o que mostra que o desejo consciente nem sempre coincide com o inconsciente, e que este último é o que predomina para possibilitar ou não o corpo da mulher a parir naturalmente.

Nossa sociedade passa por inúmeras transformações; a família de hoje pouco se assemelha à do antigo patriarcado; a lei já não tem tanta força; a repressão já não exerce tanto controle; os limites foram expandidos...

Os ganhos são vistos e elogiados a todo momento, como a liberdade sexual, a aproximação dos pais com seus filhos, a ascensão social da mulher...

Mas faz-se necessário enumerar também as perdas: crianças e adolescentes grávidas, famílias sem pai e mãe, abuso de drogas, violência entre outros.

É preciso repensar as condições em que as crianças de hoje estão nascendo, pois este é um momento determinante para cada sujeito e para a sociedade onde o sujeito está inserido. Cuidar do nascimento é cuidar da sociedade, do mundo, da família, da vida.

Ao buscar as características psicológicas das mulheres no momento do trabalho de parto, foi possível verificar que as mulheres estudadas, em sua grande maioria, podem ser consideradas bem mentalizadas, ou seja, possuem recursos mentais para lidar com as frustrações. Ainda assim, as mulheres bem mentalizadas obtiveram os melhores resultados obstétricos, como postulado pela escola francesa de psicossomática, confirmando a teoria que aponta que a má mentalização é uma predisposição à somatização.

As parturientes menos experientes foram as que contaram com mais recursos psíquicos, isso nos leva a pensar que a vivência anterior pode diminuir as expectativas, sonhos e planos de uma nova gravidez.

Assim, verificou-se neste trabalho a importância da vida onírica como protetora da organização psicossomática e conseqüentemente do investimento da pulsão de morte em favor da pulsão vital.

Futuramente, seria interessante estudar se há oscilação da capacidade de mentalização durante o período de gravidez, até o momento que culmina no parto. Seria o tempo de gestação também um tempo de adquirir recursos psíquicos para vivenciar o momento do parto? Seria possível uma intervenção neste momento?

9. Referências

- ÂNGULO – TUESTA, A. et al. Saberes e práticas de enfermeiros obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. *Cad. Saúde Pública*, v. 19 n. 5 p. 1425- 36, 2003.
- ANZIEU, A. *A mulher sem qualidade*. São Paulo: Casa do psicólogo, 1992.
- BARRETT, G et al. Cesarean section and postnatal sexual health. *Birth, Issues in Perinatal Care*, v. 32 n.4 p. 306-11, 2005.
- BARTILOTTI, M. M. B. Parto pré termo. In: ZUGAIB, Marcelo; TEDESCO, José Julio e QUAYLE, Julieta. *Obstetrícia psicossomática*. São Paulo: Atheneu, 1997 a.
- BASILE, A.; PINHEIRO, M.; MIYASHITA, N. *Centro de parto normal: implantação e treinamento*. São Paulo: Yendis, 2004.
- BEZERRA, M. G. A.; CARDOSO, M. V. L. M. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. *Rev Latino- Am de Enfermagem*, v. 14, n.3, p. 414-21, maio/ junho 2006.
- BRIDA, G. V. P. *Maternidades: contribuições da psicanálise para a compreensão da gravidez na atualidade*. Dissertação de mestrado Psicologia Social. PUCSP, 2002.
- BOADELLA, D. *Correntes da vida*. São Paulo: Summus, 1992 (1985).
- BRENES, A. C. História da parturição no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.7, n. 2, p.102-311, abr/ jun 1991.
- BRUGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A. e OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão de literatura. *Cad. Saúde Publica*, v. 21 n. 5, p. 1316 - 27, set/ out 2005.
- CAMPOS, T. P. e CARVALHO, M. S. Assistência ao parto no município do Rio de Janeiro: perfil das maternidades e o acesso da clientela. *Cad Saúde Publica*, v.16 n.2, p. 411- 20, abr/ jun 2000.
- CARNIEL, E. F.; ZANOLLI, M. L.; MORCILLO, A. M. Fatores de risco para indicação do parto cerareo em Campinas (SP) *Rev. Bras. Ginec. Obstet*. V. 29 n. 1 p. 34-40, 2007.

- CARVALHO, M. L. M. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cad saúde Pública* v. 9 n. 2 p. 389- 98, 2003.
- CECATTI, J. G. et al. Fatores associados à realização de cesárea em primíparas com uma cesárea anterior. *Rev . Bras. Ginec. Obstet*, v.22 n.3, p. 175-179, abr 2000.
- CECATTI, J. G.; CALDERON, I. de M. P. Intervenções benéficas durante o parto para prevenção da mortalidade materna. *Rev. Bras. Ginec. Obstet.* V. 27 n. 6 p. 357- 65, 2005.
- CHIOZZA, L. *Por quê adoecemos: A história que se oculta no corpo*. Campinas/SP: Papirus. 1987.
- COSTA, N. D. L. et al. Desejo, intenção e comportamento na saúde reprodutiva; a prática da cesárea em cidade do nordeste do Brasil. *Rev . Bras. Ginecol Obstet.* V. 28 n.7 p. 388-96, 2006.
- COUTO, G. R. Conceituação pelas enfermeiras de preparação para o parto. *Rev Latino- Am Enfermagem.* V. 14 n. 2 p. 190- 8, 2006.
- CURY, A. F. e TEDESCO, J. J. A. Aspectos polêmicos na indicação da cesariana. *Femina* v.31 n.9 p. 809-11, out 2003.
- CURY, A. F. e MENEZES, P. R. Fatores associados à preferência por cesareana. *Rev. Saúde Pública*, v. 40 n. 2 p.226-32, 2006.
- DEBRAY, R. *Bebês/ Mães em revolta*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- DEL PRIORE, M. (org.) *História das mulheres no Brasil*. 5 Edição. São Paulo: Contexto; 2001.
- DELLA NINA, M. Estresse e ansiedade na gestação. In: ZUGAIB, Marcelo; TEDESCO, J. e QUAYLE, J.. *Obstetrícia psicossomática*. São Paulo: Atheneu, 1997.
- DIAS, E. O. *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

- DIAS, M. A. B. e DOMINGUES, R. M. S. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.10 p. 699-705, 2005.
- DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.10 n. 3 p. 627-637, 2005.
- DINIZ, S. G.; DUARTE, A. C. Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também). *Interface- Comunic Saude Educ*, v. 9 n. 17 p. 409-18, mar/ago 2005.
- DOLTO, F. *A imagem inconsciente do corpo*. 2 edição. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1984.
- DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS, E. M.; LEAL, M. C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad. Saúde Pública*, v. 20 p. 52-62, 2004.
- FAÚNDES, A. et al. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. *Rev. Saúde Publica*, v. 38, n. 4, p. 488-94; 2004.
- FERNANDES, M. H. *Corpo*. Coleção clínica psicanalítica. São Paulo: Casa do psicólogo, 2003.
- FERNANDES, M. H. *Transtornos alimentares: anorexia e bulimia*. Coleção clínica psicanalítica. São Paulo: Casa do psicólogo, 2006.
- FUKS, L. B. Diferentes momentos da evolução feminina. In ALONSO, S. L.; GURFINKEL, A. C.; BREYTON, D. M. (org). *Figuras clínicas do feminino no mal estar contemporâneo*. São Paulo: Escuta, 2002.
- FREUD, S. (1893). Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas. *Obras Completas, Edição Standard Brasileira*, Imago, Rio de Janeiro, 1969, v. 1.
- (1900). A interpretação dos sonhos. *Obras Completas, Edição Standard Brasileira*, Imago, Rio de Janeiro, 1976, v. 4.
- (1909). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. *Obras Completas, Edição Standard Brasileira*, Imago, Rio de Janeiro, 1977, v. 10.

----- (1923). Dois verbetes de enciclopédia. Obras Completas, Edição Sandart Brasileira, Imago, Rio de Janeiro, 1976, v. 18 .

----- (1923). *O ego e o id. Obras Completas, Edição Standard Brasileira, Imago, Rio de Janeiro, 1981, v. 19 .*

----- (1926) Inibição, Sintoma e Angústia, *Obras completas, Edição Standard Brasileira, Imago, Rio de Janeiro, 1976, v. 20.*

HOTMSKY, S. N. et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes usuárias do SUS acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad saúde pública*, v. 18 n. 5 p. 1303- 11, 2002.

HOTMSKY, S. N.; SCHRAIBER, L. B. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 10 n. 3 p. 639- 649, 2005.

KLAUS, M. H. e KENNEL, J. H. *Pais/bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

LANGER, M. *Maternidade e sexo*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

LARGURA, M. *A assistência ao parto no Brasil*. São Paulo, 1998.

LEAL, M. L. S. *Preocupação materna primária: um conceito de D. W. Winnicott*. Tese de doutorado em psicologia clínica. PUCSP, 2004.

LEÃO, M.; BASTOS, M. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. *Rev. Latino – Am de Enfermagem*, v.9, n. 3, 2001.

LEÃO, V. M. OLIVEIRA, S. M. J. V. O papel da doula na assistência à parturiente. *Rev. Min. Enf*, v.10 n.1 p. 24-29, 2006.

LOPES, R. C. S. et al. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psic. Reflex. Crit.* V. 18 n. 2 p. 247- 54, 2005.

MACHADO, S. A. P. Tempo e despedida: substâncias da Humanização do parto. In: RATTNER, Daphne; TRENCH, Belks (org) *Humanizando nascimentos e partos*. São Paulo: Senac, 2005.

- MALDONADO, M. T. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. São Paulo: Saraiva; 1997.
- MARKUSCHOWER, S. S. *A feminilidade e a relação entre mãe e filha*. Dissertação de mestrado em psicologia clínica. PUCSP, 1995.
- MARTY, P. *A psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- _____. *Mentalização e psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.
- _____. Psychosomatique et psychanalyse. *Revue Française de Psychanalyse*, v.3 p. 615 – 624, 1990.
- MARTY, P.; M'UZAN, M. O pensamento operatório. *Rev Bras. Psicanal.* V. 28 p. 165-74, 1994.
- MATHELIN, C. *O sorriso da Gioconda*. Rio de Janeiro: Cia do Freud, 1999.
- MCCALLUM, C.; REIS, A. P. Re-significando a dor e superando a solidão. Experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador. *Cad. Saúde Pública*, v.22 n. 7 p. 1483-91, 2006.
- NAGAHAMA, E. E.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. Rio de Janeiro. *Cienc. Saude Coletiva* v.10 n. 3 p. 651-657, 2005.
- NAVAJAS FILHO, E. Os processos de identificação e introjeção na gravidez. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J. e QUAYLE, J. *Obstetrícia psicossomática*. São Paulo: Atheneu, 1997 a.
- Obstetrícia e psicoterapia: a interface. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J. e QUAYLE, J. *Obstetrícia psicossomática*. São Paulo: Atheneu, 1997 b.
- OCARIZ, M. C. Feminilidade e função materna. In: ALONSO, S. L.; GURFINKEL, A. C.; BREYTON, Danielle. Melanie (org). *Figuras clínicas do feminino no mal estar contemporâneo*. São Paulo: Escuta, 2002.
- OLIVEIRA, S. M. J. V. et al. Tipo de parto: expectativas das mulheres. *Rev Latino-Am Enfermagem*. v. 10 n. 5 p. 667- 74, 2002.

- PINTO, C. M. S. et al. O acompanhante no parto: atividades desenvolvidas e avaliação da experiência. *Rev. Min. Enf.*, v.7 n.1 p. 41-47, jan/ jul 2003.
- PIONTELLI, A. Observações conclusivas. In: PIONTELLI, A. *De feto a criança*. Rio de Janeiro: Imago, 1995.
- RAMINELLI, R. Eva Tupinambá. In: DEL PRIORE, M. (org.) *História das mulheres no Brasil*. 5 Edição. São Paulo: Contexto; 2001.
- RANK, O. (1924) *El trauma del nacimiento*. Buenos Aires: Paidós, 1972.
- RATTNER, D. Reflexões sobre a qualidade e humanização. In: RATTNER, D.; TRENCH, B. (org) *Humanizando nascimentos e partos*. São Paulo: Senac, 2005.
- RIESCO, M. L. G.; FONSECA, R. M. G. S. Elementos constitutivos da formação e inserção de profissionais não-médicos na assistência ao parto. *Cad Saude Publica*. V. 18 n.3 p. 685-698, 2002.
- RODRIGUES, C. Sintomas-mestres, os doutores emocionais. Disponível em: www.amigasdoparto.com.br/ac028.html. Acesso em: 17 de out. de 2008.
- ROSSI, M. S. *A relação da gestante com sua mãe: possíveis interferências na gravidez*. Trabalho de conclusão de curso de Psicologia- PUC SP 1996.
- RZEZINSKI, P. C.; CORD, E. M. M. Gestação como evento familiar e comunitário. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J. e QUAYLE, J. *Obstetrícia psicossomática*. São Paulo: Atheneu, 1997.
- SABATINO, S. C. H. A humanização do parto. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J. e QUAYLE, J. *Obstetrícia psicossomática*. São Paulo: Atheneu, 1997.
- SERRUYA, S. J.; LAGO, T. D. G.; CECATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o programa de humanização do pré-natal e nascimento. *Rev. Bras. Matern. Infant.* v. 4 n. 3 p. 269-79, 2004.
- SETE, M. C. B. *A condição feminina na maternidade*. Dissertação de mestrado em psicologia clínica. Puc São Paulo, 1991.
- SILVA, A. G. A humanização da assistência ao nascimento. In: RATTNER, D.; TRENCH, B. (org) *Humanizando nascimentos e partos*. São Paulo: Senac, 2005.

SODRÉ, T. M. e LACERDA, R. A. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina. *Rev. Esc. Enferm USP* v. 41 n. 1 p. 82-9, 2007.

SOIFER, R. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Rio Grande do sul: Artes médicas, 1980 4 edição.

SZEJER, M.; STEWART, R. *Nove meses na vida da mulher*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SZEJER, M. *Palavras para nascer*. São Paulo: Casa do psicólogo, 1999.

TEDESCO, J. J. Aspectos emocionais da gravidez de alto risco. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J. e QUAYLE, J. *Obstetrícia psicossomática*. São Paulo: Atheneu, 1997 (a).

----- A humanização da relação obstetra- mãe- filho. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J. e QUAYLE, J. *Obstetrícia psicossomática*. São Paulo: Atheneu, 1997 (b).

TEDESCO, R. P. et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* v.26 n. 10 p. 791- 8, 2004.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Rev. Estud. Fem.* v. 1 n. 1 p. 483-492, 2002.

TRAD, P. V. *Psicoterapia breve pais /bebê*. Tradução Maria Cristina Muller e Maria Elisa Schestatsky. Porto Alegre: Artes Médicas, (1993) 1997

VOLICH, R. M. *Psicossomática*. São Paulo: Casa do psicólogo; 2000.

----- *Hipocondria*. São Paulo: Casa do psicólogo; 2002.

----- Prefácio – Fundamentos psicanalíticos da clínica psicossomática. In: VOLICH, R. M. FERRAZ, F. C. e ARANTES, M. A. (orgs.). *Psicossoma II: psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

WILHEIM, J. O que é psicologia pré natal. São Paulo: casa do Psicólogo, 1997.

WINNICOTT, D. Este feminismo. In: WINNICOTT, D. *Tudo começa em casa*. Tradução: Paulo Sandler, 3 edição. São Paulo: Martins fontes, 1999 (1986) a.

WINNICOTT, D. A contribuição da psicologia à obstetrícia. In: WINNICOTT, D. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1999 (1987)b.

WINNICOTT, D. O ódio na contratransferência. In: WINNICOTT, D. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000 (1949).

ZORZETTO, R. Escolha errada: estudo publicado na revista Lancet mostra que cesariana desnecessária coloca em risco a vida da mulher e do bebê. Rev. Pesquisa FAPESP: WWW.revistapesquisa.fapesp.br; 2006

10.1 ANEXO 1

Protocolo de internação no Pronto Socorro da Ginecologia e Obstetrícia do HGSM

Internação diretamente para o Centro de Parto Natural (CPN)

- Pelo menos 3,0 cm (três) de dilatação
- Colo uterino medianizado ou centralizado
- Colo uterino com espessura média ou fina
- Dinâmica Uterina efetiva

Internação diretamente para o CPN com monitoramento da equipe de médicos obstetras de plantão quando solicitado pela equipe de obstetrizas, avaliação realizada no CPN.

- Todas as gestantes em Trabalho de Parto > ou = 37 semanas de gestação
- Todas as gestantes Pós Datismo (acima de 41 semanas) sem patologias associadas para indução do Trabalho de Parto.
- Todas as gestantes com Amniorrexe Prematura > ou = 35 semanas para indução do Trabalho de Parto.
- Trabalho de Parto com mecônio discreto e CTB – tranquilizadora

Internação no CPN com monitoramento da equipe dos médicos obstetras de plantão periódicas durante o trabalho de parto conjuntamente com a equipe de obstetrizas com presença no momento do parto.

- Parturientes com AU > ou = 40cm
- Parturientes com DHEG leve (Pressão arterial – Sistólica no máximo de 180 mmHg e Diastólica no máximo de 100mmHg) e assintomáticas
- Trabalho de Parto e mecônio mais espesso com CTB tranquilizadora

10.2 ANEXO 2

Dados obtidos através dos registros hospitalares

(Livro de parto, partograma, prontuário, livro de admissão)

Número de registro:

Idade:

Numero de gestação:

Numero de parto normal:

Numero de parto cesárea:

Numero de aborto:

Data da internação:

Hora da internação no Centro de Parto Normal:

Data do parto:

Hora do parto:

Tipo de parto:

Uso de Ocitocina?

Período de uso da ocitocina:

Teve acompanhante?

Quem?

Episiotomia:

Indicação da episiotomia:

Tipo de anestesia:

Idade gestacional:

Apresentação do bebê:

Sexo do bebê:

Peso:

Apgar 1 minuto:

Apgar 5 minuto:

Amamentação na primeira meia hora?

Porque?

Patologia obstétrica:

Numero de consultas de pré natal:

Tempo de rotura da bolsa:

Observação:

Destino:

Data de saída do CPN:

Hora de saída:

Motivo da saída do CPN:

10.3 ANEXO 3

Questionário

1. Esta gravidez foi planejada?
☐ Sim ☐ Não
2. Durante a gestação, você passou por algum problema emocional que te deixou abalada? (Perda do emprego, mudança de cidade, luto?)
☐ Sim ☐ Não
3. Você sonhou, fantasiou ou imaginou como seria o seu bebê durante a gestação?
☐ Sim ☐ Não
4. Teve sentimentos negativos (tristeza, desespero, pânico, desejo de interrupção da gestação) durante a gravidez?
☐ Sim ☐ Não
5. Você se sente preocupada com a sua saúde ou com a saúde do Bebê na hora do parto?
☐ Sim ☐ Não
6. Se você pudesse escolher, por qual tipo de parto gostaria de ter este bebê?
☐ parto normal ☐ parto cesárea ☐ fórceps ☐ não sei
7. Você considera que recebeu as informações que precisava sobre o trabalho de parto e parto fornecidas pela equipe do hospital?
☐ Sim ☐ Não
8. Além das informações obtidas da equipe de saúde, mais alguém te deu dicas sobre esse momento?
☐ Sim ☐ Não
9. Se a resposta acima foi sim, quem te deu mais dicas?
☐ família ☐ amigos ☐ grupo de gestantes ☐ outras parturientes ☐ outros
10. Fez promessas, orações ou outras atividades pra tentar garantir um bom parto?
☐ Sim ☐ Não
11. Como você nasceu?
☐ parto normal ☐ parto cesárea ☐ fórceps ☐ não sei
12. Além do acompanhante de sua escolha, teve a colaboração de alguma doula do hospital?
☐ Sim ☐ Não

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM PSICOLOGIA CLÍNICA
NÚCLEO: PSICOSSOMÁTICA E PSICOLOGIA HOSPITALAR
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, de 10 de outubro de 1996)

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Nome do Participante: _____
Documento de Identidade nº: _____
Data de Nascimento: ____/____/____
Endereço: _____ nº: _____
Complemento: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ CEP: _____
Telefones: _____

II- DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

Título do protocolo de pesquisa: “Parto Natural e características psicológicas”

Pesquisadora: Lígia Maria Albani Lovo

Profissão: Psicóloga

Inscrição no Conselho Regional nº: 06/74036

Avaliação de Risco da Pesquisa:

(X) SEM RISCO () RISCO BAIXO () RISCO MÉDIO

III- REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DA PESQUISADORA AO PARTICIPANTE SOBRE A PESQUISA

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como título: “Parto Natural e características psicológicas”

Essa pesquisa está sendo realizada para comparar as características psicológicas das parturientes durante o trabalho de parto em um Centro de Parto Natural e em um Centro obstétrico.

Para coleta de dados serão utilizados 02 (dois) instrumentos:

- Dados obtidos através dos registros hospitalares (Prontuário Médico, partograma, Livro de Parto)
- Questionário elaborado pela pesquisadora

Através do estudo de suas respostas, junto com as de outros participantes, poderemos compreender as características psicológicas durante o trabalho de parto. Os resultados da

pesquisa serão utilizados para a defesa de tese de Mestrado da pesquisadora e para futura publicação de um artigo sobre o tema pesquisado. Seu nome jamais será divulgado.

IV – ESCLARECIMENTOS DADAS PELA PESQUISADORA SOBRE GARANTIAS DO PARTICIPANTE DA PESQUISA:

1. Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para diminuir eventuais dúvidas.
2. Liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo.
3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

V – INFORMAÇÕES DE NOME, ENDEREÇO E TELEFONE DA RESPONSÁVEL PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO CASO NECESSITE

Pesquisadora: Ligia Maria Albani Lovo

Endereço: Rua Sabará, 453 ap 91 Bairro: Higienópolis

Telefone: 31294967

VI – OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Os resultados desta pesquisa estarão disponíveis aos participantes, a qualquer momento, bastando para tanto, contatar a pesquisadora e agendar data e horário.

VII – CONSENTIMENTO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ de 2007.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC-SP

Protocolo de Pesquisa Nº 055/2007

Programa de Estudos Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP

Orientador(a): Profa. Dra. Ceres Alves Araújo

Autor(a): Ligia Maria Albani Lovo

Parecer sobre o Projeto de Mestrado intitulado *Parto natural e características psicológicas*

Em conformidade com os critérios da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), a relevância social, a relação custo/benefício e a autonomia dos sujeitos pesquisados, foram preenchidos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permite ao sujeito compreender o significado, o alcance e os limites de sua participação nesta pesquisa.

No nosso entendimento, o Projeto em questão não apresenta qualquer risco ou dano ao ser humano do ponto de vista ético.

Face ao parecer consubstanciado elaborado pela Sra. Profa. Dra. Mathilde Neder, o parecer do Comitê é favorável à aprovação do projeto.

São Paulo, 28 de maio de 2007.

Prof. Dr. Paulo Edgar Almeida Resende
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP